

# **HISTOIRE DES ORTHOPHONISTES ET DES AUDIOLOGISTES AU QUÉBEC 1940 2005**

Pratiques cliniques, aspirations professionnelles  
et politiques de la santé

Julien PRUD'HOMME

Préface de Louis Beaulieu





**HISTOIRE**  
**DES ORTHOPHONISTES**  
**ET DES AUDILOGISTES**  
**AU QUÉBEC 1940 2005**



DANS LA MÊME COLLECTION

## **Les traitements antirétroviraux**

Expériences et défis

Sous la direction de

*Joseph J. Lévy et Janine Pierret*

2004, ISBN 2-7605-1276-2, 252 pages

## **Enjeux psychosociaux de la santé**

Sous la direction de

*Joseph J. Lévy, Danielle Maisonneuve,  
Henriette Bilodeau et Catherine Garnier*

2003, ISBN 2-7605-1233-9, 352 pages

PRESSES DE L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

Le Delta I, 2875, boulevard Laurier, bureau 450

Sainte-Foy (Québec) G1V 2M2

Téléphone: (418) 657-4399 • Télécopieur: (418) 657-2096

Courriel: puq@puq.ca • Internet : www.puq.ca

Distribution :

### **CANADA et autres pays**

DISTRIBUTION DE LIVRES UNIVERS S.E.N.C.

845, rue Marie-Victorin, Saint-Nicolas (Québec) G7A 3S8

Téléphone: (418) 831-7474 / 1-800-859-7474 • Télécopieur: (418) 831-4021

### **FRANCE**

DISTRIBUTION DU NOUVEAU MONDE

30, rue Gay-Lussac, 75005 Paris, France

Téléphone: 33 1 43 54 49 02

Télécopieur: 33 1 43 54 39 15

### **SUISSE**

SERVIDIS SA

5, rue des Chaudronniers, CH-1211 Genève 3, Suisse

Téléphone: 022 960 95 25

Télécopieur: 022 776 35 27



La *Loi sur le droit d'auteur* interdit la reproduction des œuvres sans autorisation des titulaires de droits. Or, la photocopie non autorisée – le « photocopillage » – s'est généralisée, provoquant une baisse des ventes de livres et compromettant la rédaction et la production de nouveaux ouvrages par des professionnels.

L'objet du logo apparaissant ci-contre est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit le développement massif du « photocopillage ».

# **HISTOIRE DES ORTHOPHONISTES ET DES AUDILOGISTES AU QUÉBEC 1940 2005**

Pratiques cliniques, aspirations professionnelles  
et politiques de la santé

Julien PRUD'HOMME

Préface de Louis Beaulieu

2005



**Presses de l'Université du Québec**

Le Delta I, 2875, boul. Laurier, bur. 450  
Sainte-Foy (Québec) Canada G1V 2M2

*Catalogage avant publication de Bibliothèque et Archives Canada*

Prud'homme, Julien

Histoire des orthophonistes et des audiologistes au Québec, 1940-2005.  
Pratiques cliniques, aspirations professionnelles et politiques de la santé

(Collection Santé et société)  
Comprend des réf. bibliogr.

ISBN 2-7605-1378-5

1. Orthophonie – Québec (Province) – Histoire. 2. Audiologie – Québec (Province) – Histoire. 3. Orthophonie – Pratique – Québec (Province). 4. Audiologie – Pratique – Québec (Province). I. Titre. II. Collection.

RC423.P78 2005

616.85/506

C2005-940959-2

Nous reconnaissons l'aide financière du gouvernement du Canada par l'entremise du Programme d'aide au développement de l'industrie de l'édition (PADIÉ) pour nos activités d'édition.

La publication de cet ouvrage a été rendue possible avec l'aide financière de la Société de développement des entreprises culturelles (SODEC).

Mise en pages : PRESSES DE L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

Couverture : RICHARD HODGSON

1 2 3 4 5 6 7 8 9 PUQ 2005 9 8 7 6 5 4 3 2 1

*Tous droits de reproduction, de traduction et d'adaptation réservés*  
© 2005 Presses de l'Université du Québec

Dépôt légal – 3<sup>e</sup> trimestre 2005

Bibliothèque nationale du Québec / Bibliothèque nationale du Canada

Imprimé au Canada

*À Paschale*





# Préface

---

*J'accueille avec plaisir cet ouvrage qui s'intéresse à l'histoire des orthophonistes et des audiologistes au Québec. Et ce, d'autant plus que ce livre, rédigé par M. Julien Prud'homme, en prolongement de son mémoire de maîtrise, paraît au moment où l'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec célèbre son 50<sup>e</sup> anniversaire. C'est en effet le 1<sup>er</sup> août 1955 que plusieurs pionniers fondaient la Société de Logopédie et d'Audiologie de la province de Québec, l'ancêtre de l'Ordre.*

*D'un point de vue plus personnel, je chérissais l'idée que l'on écrive sur le sujet depuis plusieurs années. Je crois profondément que le fait de connaître « son histoire » met en perspective l'évolution des choses et ouvre souvent des portes inattendues. Tout ouvrage sérieux permet de découvrir, d'apprendre, de se questionner et d'approfondir.*

*Pour certains, cette monographie surprendra; pour d'autres, elle éclairera; et d'autres encore resteront sur leur faim ou se questionneront sur les fondements de quelques affirmations. Tous y apprendront beaucoup sur l'histoire des audiologistes et des orthophonistes. Certains se remémoreront des faits, d'autres découvriront des événements peu connus. Tous constateront que si la route a souvent été semée d'embûches, de ravins, de torrents impétueux et de tempêtes, elle compte aussi ses clairières, ses panoramas, ses lumières et ses accalmies.*

*Peu de choses ont été écrites sur l'histoire des orthophonistes et des audiologistes au Québec. Toutefois, un riche vécu émaille ces professions,*

*et le chemin parcouru témoigne de transformations majeures à travers le temps et d'une réelle évolution, souvent au prix de luttes nécessaires pour faire connaître la spécificité de leur apport et reconnaître la valeur de leur contribution.*

*L'histoire ne peut s'écrire dans son ensemble ni être racontée d'un seul souffle. L'histoire des professions relate l'évolution des relations entre des individus, des organismes, des institutions, des écoles de pensée et des formations diverses. C'est ce qui fait sa richesse. L'histoire vécue par les professionnels ne pourra être expliquée dans son ensemble et dans toute sa complexité que par plusieurs ouvrages sur le sujet.*

*L'Histoire des orthophonistes et des audiologistes au Québec qu'a rédigée Julien Prud'homme fonde l'action et l'évolution des professions sur les contributions des individus « ordinaires » qui agissent de façon souvent extraordinaire. Il s'agit là d'une perspective qui a le mérite de rappeler l'importance capitale des personnes qui, comme professionnelles, influencent leur milieu, façonnent leur profession et ont un effet certain sur leur communauté ainsi que sur la société dans laquelle elles évoluent. C'est en fait, comme le mentionne l'auteur, le pouvoir d'initiative des acteurs qui, par leur compétence et leur sens de l'innovation, amènent très souvent les changements opportuns.*

*Si l'histoire repose largement sur l'action des individus, elle se définit aussi par l'ensemble des synergies résultant d'un effort collectif. Cet aspect, bien qu'abordé par l'auteur, gagnerait à être développé et approfondi.*

*Ainsi, le rôle de l'ordre professionnel, comme creuset de la professionnalisation mais également comme autorité délégataire de la puissance publique en matière d'audiologie et d'orthophonie, devra être éventuellement considéré plus en profondeur. Il en va de même des influences des programmes universitaires au regard de leurs impacts sur la formation des audiologistes et des orthophonistes ainsi que sur le développement des pratiques cliniques et de la recherche.*

*Plusieurs gains, tant pour la population que pour la pratique et la reconnaissance professionnelles, ont été obtenus par la mise en commun des forces en vue de défendre des droits et de réclamer un accès plus juste à des services de qualité. Ces avancées ont souvent été réalisées en collaboration avec les personnes qui ont des difficultés ou des troubles de la communication et leurs proches. Cet aspect ne ressort pas toujours à sa juste valeur.*

*Dans cette histoire rédigée par M. Prud'homme tout n'aura pas été dit sur l'évolution de l'audiologie et de l'orthophonie, comme disciplines, ni sur l'influence de certaines institutions ou de certains événements, ni même sur l'ensemble des acteurs clés. L'information disponible, certains choix de l'auteur ainsi que le caractère très récent de certaines actions ou réalisations auront sans doute contribué à cet état de fait. Il importe donc de se rappeler que chacun, à sa manière, et tout particulièrement par la qualité de sa pratique professionnelle ainsi que par son engagement, fait partie de l'histoire.*

*En terminant, je tiens à remercier M. Prud'homme de son intérêt pour nos professions ainsi que les Presses de l'Université du Québec qui ont décidé d'éditer ce livre. Je veux aussi saluer l'apport des nombreux individus qui ont collaboré d'une manière ou d'une autre à cette histoire. Finalement, j'espère que d'autres ouvrages suivront très bientôt et permettront d'affiner plus encore notre compréhension de l'évolution de l'audiologie et de l'orthophonie ainsi que du rôle des audiologistes et des orthophonistes au sein de la société. Et rappelons-nous qu'il n'est point de secret que le temps ne révèle.*

*Bonne lecture!*

*Louis Beaulieu,  
M.O.A., orthophoniste  
Président de l'Ordre des orthophonistes et des audiologistes du Québec*



# Préambule

---

Ce livre est une version enrichie de mon mémoire de maîtrise, qui constituait une ouverture vers mes projets de recherche actuels portant sur une histoire de l'ensemble des professions paramédicales au Québec depuis 1940. En plus d'avoir reçu un certain nombre d'ajouts, le texte original a été modifié pour s'adresser autant aux professionnels de la santé concernés qu'aux spécialistes des sciences humaines.

La conduite de mes travaux a profité directement de l'aide de mon directeur, Robert Gagnon, professeur au Département d'histoire de l'Université du Québec à Montréal (UQAM) et membre du Centre interuniversitaire de recherche sur la science et la technologie (CIRST), que je remercie. Il me faut également remercier avec insistance le CIRST et son personnel pour son soutien financier, logistique et moral, ainsi que le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH) qui finance actuellement mes recherches; à divers moments, j'ai bénéficié de l'aide financière du Département d'histoire et du Bureau des études de l'UQAM. Par ailleurs, le projet de rassembler mes travaux dans le présent ouvrage n'aurait pu voir le jour sans l'accueil bienveillant de Danielle Maisonneuve, professeure, titulaire de la Chaire en relations publiques et attachée à l'Institut Santé et Société (ISS) de l'UQAM, que je remercie avec chaleur.

Le soutien logistique de plusieurs personnes, dont Josée Latraverse, de l'École d'orthophonie et d'audiologie de l'Université de Montréal, et Denis Plante, archiviste à l'Université de Montréal, m'a été précieux. Enfin,

que ce soit à l'Ordre des orthophonistes et des audiologistes du Québec, à l'École d'orthophonie et d'audiologie de l'Université de Montréal, dans les divers milieux de pratique visités à Montréal, Québec ou Sorel, ou encore dans les cercles étudiants, ces recherches ont reçu l'appui enthousiaste et éclairé d'un grand nombre de professionnelles et de professionnels d'une remarquable ouverture d'esprit, et sans qui le présent ouvrage n'aurait jamais vu le jour. Il me faut en dernier lieu exprimer une reconnaissance toute particulière à l'endroit du président de l'Ordre des orthophonistes et des audiologistes du Québec, Louis Beaulieu, ainsi que de mes supporteurs de la première heure, Élisabeth, Olivier, Étienne, et tout spécialement de Paschale, qui me fait le bonheur de partager ma vie. Que tous et toutes reçoivent les plus vifs remerciements.

# Table des matières

---

<b>PRÉFACE</b> .....	IX
<b>PRÉAMBULE</b> .....	XIII
<b>INTRODUCTION</b> .....	1
De l'histoire de la santé à l'étude des professions.....	3
<b>CHAPITRE 1</b>	
QUELQUES REPÈRES.....	5
1. L'étude des professions.....	5
2. Diagnostics et professionnels .....	8
3. Usage des diagnostics et pluralité des milieux .....	9
4. Des révélateurs de changement .....	11
5. Les sources utilisées .....	12
<b>CHAPITRE 2</b>	
LE RENOUVEAU SANITAIRE ET L'ÉMERGENCE	
D'UNE NOUVELLE DISCIPLINE (1910-1961) .....	15
1. De l'hygiène à la médecine hospitalière.....	15
2. Des disciplines «paramédicales» .....	17
3. La correction du langage aux États-Unis .....	19
4. Quelques pionnières, 1934-1955 .....	21
5. Un premier programme d'enseignement.....	24

**CHAPITRE 3**

UN PARRAINAGE ENCOMBRANT (1955-1970).....	31
1. Une pratique hospitalière.....	31
2. Une spécialisation controversée: audiologie et audiométrie.....	37
3. École de Québec et école de Montréal.....	39
4. La présence en milieu scolaire.....	43
5. La profession et sa société (SLAPQ/SOAPQ).....	47
6. Un projet de corporation.....	49

**CHAPITRE 4**

DES MILIEUX DE PRATIQUE DIVERSIFIÉS (1968-1988).....	55
1. Audiologistes et acousticiens.....	55
2. La Corporation des orthophonistes et audiologistes.....	57
3. L'hôpital et la réadaptation: de nouveaux territoires.....	61
4. Un crochet par la psychologie.....	68
5. L'identification des cas: un enjeu politique.....	74
6. De l'hôpital à l'école.....	77
7. De nouveaux services en région.....	80
8. L'audiologie industrielle et le réseau communautaire.....	85

**CHAPITRE 5**

NOUVEAUX PROBLÈMES ET NOUVELLES POSITIONS (1988-2003).....	87
1. L'envol de la Corporation.....	87
2. Réadaptation fonctionnelle et renouveau terminologique.....	90
3. De nouveaux champs d'action en orthophonie: dysphagie et TCC.....	93
4. Audimutité, dysphasie et «troubles spécifiques du langage».....	97
5. Une dynamique clinique avant tout.....	103
6. Une activité de recherche en milieu clinique.....	107
7. Surdités acquises et nouvelles technologies.....	109
8. De retour en réadaptation.....	114
9. Une pénurie de main-d'œuvre.....	118
10. L'imposition en milieu scolaire.....	123

<b>CONCLUSION</b> .....	129
-------------------------	-----

<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	131
Sources.....	131
Études et monographies.....	142



# Introduction

---

Aujourd'hui, au milieu des années 2000, les orthophonistes et les audiologistes sont des spécialistes reconnues de la «communication humaine» et elles occupent, à ce titre, une place de choix dans les établissements de santé et les commissions scolaires. Les orthophonistes reçoivent directement leurs patients et prennent en charge un éventail de conditions allant des troubles de la voix à des difficultés de lecture ou d'interaction sociale. Les audiologistes remplissent des prescriptions, évaluent l'audition tant des nourrissons que des personnes âgées et encadrent étroitement les démarches d'adaptation des personnes déficientes auditives. Le jugement de ces professionnelles justifie chaque jour l'admission de nouveaux patients dans le système de santé, et pousse même des centres à développer de nouveaux services. À fréquenter les professionnelles des divers établissements, on tend à attribuer à ces gestes un caractère d'évidence, de nécessité qui semble les faire s'imposer d'eux-mêmes; c'est parfois à se demander si les choses ont pu, ou auraient pu, être différentes.

Pourtant, même au quotidien, ce mode du «cela-va-de-soi», comme le qualifiait Boltanski<sup>1</sup>, ne suffit pas toujours à occulter certaines ambiguïtés quant à la nature ou à la justesse des actes posés. De plus, tous les acteurs concernés ne partagent pas la même interprétation des gestes et des savoirs en cause. Des médecins, des psychologues ou des orthopédagogues s'étonnent

---

1. Luc Boltanski, *Les Cadres*, Paris, Minuit, 1982, p. 58.

ou s'offensent que des orthophonistes prennent certains cas en charge; des patients ou leurs proches peuvent ne pas partager les préoccupations de leur thérapeute; même parmi les orthophonistes et les audiologistes, des divergences ou des hésitations persistent au sujet d'approches, de besoins à privilégier ou encore de l'emploi d'un diagnostic dont l'usage s'est renouvelé, comme celui de la dysphasie. Sans compter l'influence des politiques qui peuvent provenir des ministères, des écoles universitaires ou de l'Ordre!

En fait, on sent très bien que les multiples facettes de l'expérience professionnelle, qu'il s'agisse de la clientèle, de la formation, des diagnostics ou des milieux de travail, sont en fait en perpétuel changement, qu'elles varient selon les milieux et les époques, que les certitudes et les équilibres d'un moment donné ne sont au mieux que transitoires, et que la vie professionnelle est tissée des initiatives d'individus confrontés à des conjonctures équivoques.

Ce livre a pour objet de montrer que l'histoire des orthophonistes et des audiologistes n'offre pas le récit linéaire, et un peu plat, d'une conquête professionnelle qui aurait tenu de l'évidence et qui serait désormais acquise. On décrira plutôt comment les orthophonistes et les audiologistes, au fil des décennies, ont pris l'initiative de transformer leurs pratiques en confrontant de manière combative leurs aspirations professionnelles aux positions de travail, parfois précaires, rencontrées en santé comme en éducation.

L'ouvrage s'organise autour de l'évolution du rôle clinique des orthophonistes et des audiologistes, ainsi que des déplacements de leurs champs de pratique depuis 1940. On décrit d'abord l'apparition de la profession au Québec, puis l'évolution de son champ d'expertise, lequel, après 1970, se déplace des troubles strictement anatomiques vers les domaines psychologique et psychiatrique. Après 1988, le champ orthophonique s'étend à des diagnostics d'ordre neurologique et commence, dès lors, à englober une palette de plus en plus large de problèmes de communication. Dans chaque chapitre, on prêter attention au poids des initiatives cliniques et corporatives, et au rôle de la formation. On soulignera le caractère changeant des usages diagnostiques et on décrira les relations entretenues avec les patients et d'autres professionnels ainsi qu'avec des réseaux de santé et d'éducation en constante rénovation; à cet égard, on analysera aussi l'impact des multiples réformes publiques sur les cadres du travail professionnel.

## DE L'HISTOIRE DE LA SANTÉ À L'ÉTUDE DES PROFESSIONS

Ce livre entend enrichir l'histoire des professions dites paramédicales, à savoir ces groupes majoritairement féminins qui, surtout après 1960, participent activement à l'éclatement du champ de la santé en y occupant une place toujours croissante. Au Québec, l'histoire des paramédicales reste peu fréquentée et n'a été que partiellement déblayée grâce aux travaux fondateurs de Nadia Fahmy-Eid et de son équipe<sup>2</sup> sur la physiothérapie et la diététique au Québec et en Ontario entre 1930 et 1980<sup>3</sup>.

Comme c'est souvent le cas dans le domaine de l'histoire sanitaire, on abordera ici l'orthophonie et l'audiologie en tant que «profession», c'est-à-dire en sa qualité de groupe dont les membres cherchent à s'imposer en vertu d'une expertise qui leur est exclusive. Ce visage professionnel

- 
2. Nadia Fahmy-Eid *et al.*, *Femmes, santé et professions*, Montréal, Fides, 1997, 364 p., ouvrage qui fut précédé d'un certain nombre d'articles : avec Aline Charles, «La diététique et la physiothérapie face au problème des frontières interprofessionnelles (1950-1980)», *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 47, 3 (1994) : 377-408 et «La diététique et la physiothérapie en quête d'une pratique exclusive au Québec, 1950-1980», *Histoire sociale – Social History*, 26, 51 (1993) : p. 95-113 ; avec Lucie Piché, «À la recherche d'un statut professionnel dans le champ paramédical. Le cas de la diététique, de la physiothérapie et de la technologie médicale (1940-1973)», *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 45, 3 (1992) : 375-401 ; avec Johanne Collin, «Savoir et pouvoir dans l'univers des disciplines paramédicales. La formation en physiothérapie et en diététique à l'Université McGill, 1940-1970», *Histoire sociale – Social History*, 22, 43 (1989) : 35-63.
  3. On peut en compléter la lecture par les études de Johanne Collin sur la pharmacie et quelques travaux dirigés ou signés par Yolande Cohen sur les infirmières québécoises. Voir : Johanne Collin, *Évolution de la profession pharmaceutique au Québec*, thèse de doctorat (histoire), Université du Québec à Montréal, 1991, 481 p., et *Changement d'ordonnance*, Montréal, Boréal, 1995, 239 p. ; Yolande Cohen, «La contribution des Sœurs de la Charité à la modernisation de l'hôpital Notre-Dame, 1880-1940», *Canadian Historical Review*, 77, 2 (1996) : 185-220 et *Profession infirmière*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 2000, 320 p. ; Esther Lamontagne, *Histoire des savoirs-faire infirmiers au Québec de 1870 à 1970*, mémoire de maîtrise (histoire), Université du Québec à Montréal, 1999, 126 p. Bien que les histoires institutionnelles des hôpitaux et autres établissements restent quasi muettes sur la place des paramédicales, on trouve quand même des renseignements utiles dans les monographies récentes de Danielle Choquette sur l'Institut de réadaptation de Montréal et de François Hudon sur l'École de réadaptation de l'Université de Montréal. À l'extérieur du Québec, les professions paramédicales demeurent tout aussi négligées, mais on peut mentionner les travaux canadiens de Peter Twohig sur les technologues hospitaliers des Maritimes et de Tracy Adams sur les hygiénistes dentaires en Ontario. Voir : Peter Twohig, *Organizing the Bench. Medical Laboratory Workers in the Maritimes, 1900-1950*, thèse de doctorat (histoire), Dalhousie University, 1999, 365 p. ; Tracey Adams, «Inter-professional conflict and professionalization. Dentistry and dental hygiene in Ontario», *Social Science and Medicine*, 58 (2004) : 2243-2252.

de l'orthophonie et de l'audiologie a donné lieu à un détour par la sociologie où ont été puisées les principales clés de lecture du présent ouvrage; c'est pourquoi les prochaines pages dressent un rapide panorama de cette incursion théorique.

## QUELQUES REPÈRES<sup>1</sup>

Les orthophonistes et les audiologistes constituent une profession. Certes, mais qu'est-ce exactement qu'une profession ? Qu'est-ce qu'un professionnel ? Et, plus important, comment les étudier ? La double question a suscité un détour par la sociologie des professions, dont le rapide bilan permettra de préciser l'approche et les pistes privilégiées dans le reste du livre.

### 1. L'ÉTUDE DES PROFESSIONS

La première ambiguïté dans l'étude des professions réside dans la définition du mot « profession » lui-même. Les sciences humaines empruntent à la langue anglaise l'usage d'utiliser ce terme pour ne désigner qu'une

---

1. La présente section ne suggère qu'un bref résumé de l'évolution de la sociologie des professions et des concepts mis à contribution dans ce livre, notamment sur l'étude des usages diagnostiques. On trouvera une discussion plus approfondie de ces questions dans mon mémoire de maîtrise. Voir Julien Prud'homme, *L'émergence d'une nouvelle discipline. Histoire de l'orthophonie au Québec (1950-2003)*, mémoire de maîtrise (histoire), Université du Québec à Montréal, 2004, p. 6-17.

catégorie restreinte de métiers dotés d'un prestige social particulier, assorti de privilèges légaux<sup>2</sup>. Les sources de cette distinction, cependant, ne font pas l'unanimité et varient au fil des décennies.

Des années 1930 jusqu'à la fin des années 1950, une majorité de sociologues réservent l'épithète « professionnel » au seul cénacle des grandes professions traditionnelles comme le droit, la médecine ou le génie. La qualité de professionnel, avec ses privilèges, est alors présentée comme une propriété naturelle, inhérente à l'importance des tâches associées à ces métiers. L'entreprise sociologique se veut alors surtout classificatoire: il s'agit de séparer, en fonction de critères prédéterminés, les « vraies » professions, comme la médecine, d'autres métiers voisins comme ceux des infirmières ou des paramédicales<sup>3</sup>.

Dans les années 1960, cette approche fait l'objet de sérieuses critiques. Qualifiée de mythologie, elle est accusée d'occulter d'importants enjeux de pouvoir et de domination au profit des grandes professions établies. Dès lors, les chercheurs commencent à considérer le statut professionnel comme une position non plus spontanée, mais au contraire éminemment politique au sens où elle n'est occupée et conservée que parce qu'elle a été conquise. Cette perspective favorise une approche historique des professions, dont le but est de déconstruire l'origine des privilèges professionnels dans divers domaines: comme l'indique Catherine Paradeise, il ne s'agit plus d'établir des classifications pour « départager le bon grain de l'ivraie », mais d'utiliser l'histoire pour étudier la « professionnalisation des marchés du travail<sup>4</sup> ». Le concept de profession devient alors pertinent pour l'étude d'un vaste ensemble de groupes désireux d'être reconnus comme professionnels, ce qui étend le champ de la recherche à des métiers jusque-là négligés ou en pleine expansion.

- 
2. À la différence de la langue française, où le mot peut désigner n'importe quelle occupation rétribuée.
  3. Voir: Danilo Martuccelli, « Talcott Parsons, ou la tentation de l'intégration parfaite », *Sociologies de la modernité*, Paris, Gallimard, 1999, p. 67-108; Randolf Collins, « Changing conceptions in the sociology of the professions », dans R. Torstendhal et M. Burrage (dir.), *The Formation of Professions*, Londres, SAGE, 1990, p. 11-14.
  4. Catherine Paradeise, « Les professions comme marchés du travail fermés », *Sociologie et sociétés*, XX, 2 (1988): 9-21.

Ces recherches prennent des directions diverses. L'approche dominante, théorisée par la sociologue Magali Larson dans son classique *The Rise of Professionalism* paru en 1977, est politique et économique<sup>5</sup>. Les auteurs associés à ce courant décrivent la conquête par certains groupes de monopoles légaux sur le marché des services, en s'intéressant surtout aux politiques associatives et à l'organisation de la formation. Une seconde approche, associée au spécialiste du milieu médical Eliot Freidson, s'attarde plutôt au travail quotidien des professionnels. Freidson s'intéresse à la manière dont le statut de professionnel se construit au jour le jour dans le cadre des relations de travail, de même qu'à la façon dont une « idée professionnelle » pousse des praticiens à « organiser leur propre autonomie<sup>6</sup> » et à modifier les rapports qu'ils entretiennent entre eux ou avec leurs clients.

Enfin, une troisième approche, plus récente, s'attache à la manière dont les politiques corporatives et le travail concret se conjuguent pour assurer à une profession des frontières qui la distinguent des groupes voisins ou concurrents. Selon Andrew Abbott, auteur de l'ouvrage *The System of Professions* paru en 1988<sup>7</sup>, c'est cette quête dynamique et constante de différenciation qui caractériserait les groupes dits professionnels. Ce postulat expliquerait que le champ d'activité d'un groupe puisse se déplacer selon les aléas des rivalités interprofessionnelles; dans cette optique, Abbott suggère que l'histoire d'une profession ne devient compréhensible que si l'on observe ses rapports avec les autres groupes environnants.

Le présent livre tient compte de ces perspectives multiples. Par l'étude tant des pratiques du métier que de l'organisation corporative et scolaire, nous verrons comment les orthophonistes et les audiologistes consolident leur identité professionnelle en transformant leurs usages et leurs champs d'intérêt au contact d'autres professionnels et de milieux divers. Toutefois, nous nous distinguerons des écoles évoquées plus haut

- 
5. Magali Sarfati-Larson, *The Rise of Professionalism*, Berkeley, UCP, 1977, 309 p. Voir Keith MacDonald, *The Sociology of Professions*, Londres, SAGE, 1995, p. 8-12, 23-35, 66 et 97.
  6. Eliot Freidson, *Professionalism Reborn*, Chicago, UCP, 1994, p. 47-92. Voir aussi: *La profession médicale*, Paris, Payot, 1984, p. 13; *Professional Powers*, Chicago, UCP, 1986, p. 35; *La profession médicale*, Paris, Payot, 1984. Randalf Collins souligne l'importance de l'héritage wébérien dans ce domaine. Voir «Market closure and the conflict theory of the professions», dans R. Torstendhal et M. Burrage (dir.), *op. cit.*, p. 24-25.
  7. Andrew Abbott, *The System of Professions*, Chicago, UCP, 1988, 435 p.

en accordant une attention particulière à deux thèmes précis : l'évolution des diagnostics utilisés en clinique, d'une part, et la pluralité des lieux de travail et des usages individuels, d'autre part.

## 2. DIAGNOSTICS ET PROFESSIONNELS

Dans leur course aux territoires exclusifs, les membres des diverses professions justifient leurs demandes par leur maîtrise d'un savoir particulier qui les distingue et qui doit les soustraire tant à la concurrence qu'à la supervision d'autrui. Pour cette raison, il est devenu banal de qualifier les professions de *knowledge-based occupations*. Mais de quel type de savoir parle-t-on ? Les métiers de techniciens, même les plus indispensables, n'accèdent pas, par définition, au statut professionnel ; pour les en distinguer, on dira plutôt du savoir professionnel qu'il est « plus abstrait<sup>8</sup> », d'où sa qualité universitaire dont plusieurs font grand cas. Mais pourquoi, alors, un plus haut degré d'abstraction serait-il préalable à la reconnaissance professionnelle<sup>9</sup> ?

Lorsqu'ils réclament le contrôle de leur propre travail, les professionnels revendiquent surtout le droit de définir eux-mêmes les besoins de leurs clients et les tâches qui y seront associées. Dans le domaine de la santé, cette définition porte le nom de « diagnostic ».

Le concept de diagnostic est central dans le présent ouvrage. On nomme ainsi la catégorie conceptuelle usitée pour assigner une définition à un problème en lui attribuant un nom de maladie ou de trouble, catégorie qui renferme tant la cause supputée du mal que le traitement général qui lui est assorti. Il s'agit là d'un acte d'interprétation par lequel un professionnel décrit un cas en employant un vocabulaire qui rattache le problème à son propre champ d'expertise. Des professionnels n'appartenant pas à la même discipline peuvent donc dépeindre en des mots différents une même situation :

---

8. Randolph Collins, *op. cit.*, p. 18-20.

9. La recherche sociologique n'associe celle-ci ni à une demande plus pressante, ni à un surcroît d'efficacité. Par ailleurs, des études universitaires prolongées ne suffisent pas, à elles seules, à conférer un statut professionnel. Voir *ibid.* ; Eliot Freidson, *op. cit.*, p. 88 ; Gilles Dussault, « Les idéologies des professions libérales au Québec, 1940-1975 », dans F. Dumont *et al.* (dir.), *Idéologies au Canada français, 1940-1976*, t. II, *Les mouvements sociaux – Les syndicats*, Québec, Les Presses de l'Université Laval, 1981, p. 50-55 ; Catherine Paradeise, *op. cit.*, p. 88.



là où, par exemple, une orthophoniste d'aujourd'hui diagnostique un trouble de communication, un psychologue d'une autre époque ou d'un autre milieu aurait pu voir et décrire un problème d'ordre cognitif ou psychotique<sup>10</sup>.

Pour revenir à notre interrogation initiale, il faudrait donc parler, pour caractériser les professions, de l'usage d'un savoir distinctif «suffisamment abstrait» (c'est-à-dire dont le vocabulaire présente un certain degré de généralité) au sens où celui-ci devrait permettre au professionnel d'interpréter les cas rencontrés dans un langage diagnostique suffisamment englobant pour annexer une vaste palette de conditions à son domaine d'expertise. Les catégories diagnostiques utilisées dans une profession balisent de cette manière le territoire d'exercice de celle-ci, en plus de lui conférer un certain allant en construisant ses objets d'intervention sous forme de problèmes bâtis sur mesure et si possible urgents.

Cette capacité à définir les problèmes rencontrés détermine fortement la manière dont les patients sont pris en charge. Pour cette raison, le contrôle et l'usage des diagnostics en clinique sont souvent au cœur des luttes pour la reconnaissance professionnelle dans la mesure où ces rivalités, en milieu de travail, se présentent souvent comme une lutte pour l'accès à la clientèle.

### 3. USAGE DES DIAGNOSTICS ET PLURALITÉ DES MILIEUX

Les catégories diagnostiques utilisées par les cliniciens sont d'abord des produits de la recherche scientifique<sup>11</sup>, dont l'usage se transmet par l'enseignement universitaire ou par d'autres voies de formation. On pourrait ainsi n'étudier les diagnostics que du strict point de vue de leur production et de leur diffusion en milieu académique. Cette approche, cependant, laisserait plusieurs questions sans réponses.

- 
10. Cette hétérodoxie langagière entre les membres de disciplines ou de «champs» séparés est un lieu commun dans de multiples sphères de la sociologie, qu'il s'agisse de la sociologie des sciences depuis Thomas Khun, de la théorie des champs de Bourdieu ou de diverses théories des systèmes.
  11. Cette activité de délimitation de territoires exclusifs est partie prenante de la science, ou à tout le moins de la science telle que décrite par Kuhn. Qu'est-ce que la science normale kuhnienne, sinon la stipulation d'une ontologie distinctive et des méthodes usitées pour y accéder? Aant Elzinga argue dans la même veine que «*science is meant to help define territories for exclusive control*». Voir: Thomas Kuhn, *La structure des révolutions scientifiques*, Paris, Flammarion, 1983, p. 29-44; Aant Elzinga, «The knowledge aspect of professionalization», dans R. Torstendahl et M. Burrage (dir.), *op. cit.*, p. 171.

Plusieurs études suggèrent en effet que les pratiques réelles des professionnels ne présentent souvent que de lointains rapports avec la formation respective de ceux-ci. Pour Freidson, notamment, le décalage entre la théorie et la pratique est tel que les traits du praticien «tiennent moins à la formation qu'au milieu social où l'individu travaille une fois ses études achevées», ce qui pousse Freidson à postuler que «ce que l'on fait est moins le résultat d'«intériorisations» antérieures que du poids de la situation de travail<sup>12</sup>».

Cet écart entre la réalité journalière de la clinique et l'univers de la production scientifique<sup>13</sup> s'explique par le fait que l'usage quotidien des diagnostics dans des situations concrètes requiert de la part des cliniciens une bonne dose d'interprétation des catégories apprises en contexte universitaire. Or, cet usage nécessairement interprétatif des diagnostics est fortement influencé par le contexte dans lequel exercent les professionnels et les situations de travail au sein d'une même profession varient considérablement. Le profil des patients, leurs demandes et les méthodes usitées pour traduire<sup>14</sup> leur condition en diagnostic diffèrent d'un milieu clinique à l'autre ou même entre les individus. Le voisinage avec d'autres professions change aussi selon les milieux et peut influencer sur l'utilisation des diagnostics: la collaboration ou la concurrence avec des ergothérapeutes ou des médecins, par exemple, plutôt que des psychologues ou des orthopédagogues peut rendre plus ou moins difficile l'usage de tel ou tel diagnostic ou en stimuler des interprétations particulières. On le verra, la variété des milieux joue dans ces conditions un rôle décisif.

- 
12. Freidson en conclut que «*the actual substance of the knowledge that is ultimately involved in influencing human activities is different from the formal knowledge that is asserted by academics and other authorities*» (Eliot Freidson, *Professional Powers*, *op. cit.*, p. xi). Voir Magali Sarfati-Larson, «À propos des professionnels et des experts...», *Sociologie et sociétés*, XX, 2 (1988): 39. Des études sont commentées par Freidson dans *La profession médicale*, *op. cit.*, p. 98-99. Pour d'autres versions de cet argument, voir Christopher Crenner, «Diagnosis and authority in the early twentieth-century medical practice of Richard C. Cabot», *Bulletin of the History of Medicine*, 76 (2002): 30-55; Keith Wailoo, *Drawing Blood. Technology and Disease Identity in Twentieth-Century America*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1997, p. 10 et 65.
13. Il ne s'agit pas de brocarder un soi-disant isolement des chercheurs, mais de constater que les formulations scientifiques ou académiques obéissent à des règles et à des modalités qui leur sont propres. Voir: Thomas Kuhn, *op. cit.*; Tom Jagtenberg, *The Social Construction of Science*, Dordrecht, Reidel, 1983, 222 p.
14. À l'aide de tests ou de simulations contrôlées, comme le jeu.

Dans tous les cas, le statut du professionnel dans son milieu tient à sa capacité non seulement d'émettre un diagnostic, mais surtout de lui conférer un caractère décisionnel : comme acte d'expertise, un diagnostic devrait permettre à un professionnel de prendre en charge lui-même le cas diagnostiqué ou à tout le moins de le référer à un collègue de la même profession, en produisant ce que Abbott appelle les « *signs and attributes of the professions' making something of a problem*<sup>15</sup> ». Dans cette entreprise, le vocabulaire diagnostique offre un cadre langagier dans lequel les cliniciens d'une même profession sélectionnent les éléments les plus pertinents selon leur milieu de travail immédiat<sup>16</sup>.

#### 4. DES RÉVÉLATEURS DE CHANGEMENT

On aura compris, dans les pages qui précèdent, que l'on n'use pas ici du terme « diagnostic » dans son sens strictement légal, qui en réduit parfois le privilège aux seuls médecins, mais que les mots « diagnostic » et « catégorie diagnostique » désignent plutôt dans ce livre le langage habituellement utilisé par les membres d'une profession pour qualifier une condition dans des termes qui renvoient à leur propre expertise.

Évidemment, les orthophonistes et les audiologistes de toutes les époques ne font pas que poser des diagnostics et cet ouvrage traite aussi des autres facettes de l'histoire professionnelle. Néanmoins, l'évolution des usages diagnostiques met bien en évidence la position changeante des orthophonistes et des audiologistes dans les milieux cliniques et servira à remonter le fil des champs d'intérêt, des rapports entre professionnels ou avec les patients, et de la diversité mouvante des lieux de travail pendant les diverses périodes. En agissant comme révélateur de changements multiples, l'étude des usages diagnostiques illustrera à quel point les orthophonistes et les audiologistes du Québec n'ont jamais rempli un rôle fixe et naturel, mais que leurs fonctions se sont plutôt transformées dans un mouvement qu'il faut attribuer au volontarisme des membres de la profession et à l'aménagement d'une autonomie diagnostique qui a permis la conquête de certaines clientèles.

---

15. Andrew Abbott, *op. cit.*, p. 20.

16. Sur la question de la sélection, voir Robert Castel, « Introduction », dans Erving Goffman, *Asiles*, Paris, Minuit, 1968, p. 16; Donald Schön, *The Reflective Practitioner*, New York, Basic Books, 1983, 374 p.; Lennart Svensson, « Knowledge as a professional resource », dans Rolf Torstendhal et Michael Burrage (dir.), *Professions in Theory and History*, 1990, p. 56-64; Eliot Freidson, *op. cit.*, p. 172 et 177.

## 5. LES SOURCES UTILISÉES

Sans doute en raison de l'autosuffisance propre aux professionnels, la machine étatique manifeste peu d'intérêt quant à l'activité concrète des professionnels à son emploi en santé. Au Québec, le désintérêt et l'absence relative de contrôle de l'État sur l'acte professionnel sont attestés par les carences de la documentation gouvernementale à ce sujet. Ainsi, comme le déplorait en 1994 le sociologue Gilles Dussault, «il n'y a pas de données [gouvernementales] qui permettent de raffiner l'estimé de la production de services et de planifier les besoins en effectifs... il n'y a pas d'informations sur les tâches elles-mêmes, ni sur la formation ou les expériences du personnel<sup>17</sup>».

En l'absence de données centralisées sur l'activité des orthophonistes-audiologistes au Québec, il a fallu recourir à une multitude de sources disséminées en plusieurs endroits. On a d'abord compulsé les archives de l'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec (OOAQ), qui comprennent des documents corporatifs datés de 1961 à nos jours et parmi lesquels on retrouve des procès-verbaux, des rapports annuels ainsi qu'une grande variété de mémoires faisant le point sur divers sujets. Des recherches ont aussi été menées aux archives de l'École de réadaptation et de l'École d'orthophonie et d'audiologie de l'Université de Montréal, qui comptent tant des procès-verbaux que divers documents de travail et dont certaines pièces remontent à 1955. On a aussi scruté les pages de la revue *Fréquences*, périodique officiel de l'Ordre depuis 1988. Outre ces sources administratives, on a tiré profit de documents gouvernementaux, produits de travaux ponctuels de l'Office des professions du Québec (créé en 1973) ou des ministères de la Santé et des Services sociaux ainsi que de l'Éducation. Diverses bibliothèques spécialisées ont aussi fourni des pièces intéressantes sur l'établissement des nouveaux services d'orthophonie au cours des trente dernières années.

Un peu à la manière des ministères, les établissements de services comme les hôpitaux ou les commissions scolaires ne tiennent que rarement, et conservent encore moins, des données systématiques et précises sur le travail de leurs praticiens. Cette rareté a rendu difficile le prélèvement

---

17. Gilles Dussault, «Les producteurs de services sociosanitaires», dans Vincent Lemieux *et al.* (dir.), *Le système de santé au Québec*, Sainte-Foy, Les Presses de l'Université Laval, 1994, p. 196, note. On notera aussi que l'état des diverses sources n'a permis de ne jeter qu'un éclairage insuffisant sur certaines zones d'ombre de l'évolution de l'audiologie. D'autres recherches actuellement en cours promettent cependant la publication de résultats sur ces sujets précis dans les années à venir.

d'informations directes sur les centres de services eux-mêmes. Malgré cela, grâce à l'aimable soutien de personnes en place, il a été possible de consulter des documents issus d'établissements comme l'Institut de réadaptation Raymond-Dewar, l'Hôpital de réadaptation Villa Medica, l'hôpital Maisonneuve-Rosemont et quelques autres milieux. L'usage de ces documents a été complété par des entrevues menées auprès d'orthophonistes d'âges et de milieux variés, ainsi que par des documents trouvés auprès de l'Association québécoise pour les enfants dysphasiques (AQEA) et d'autres regroupements d'utilisateurs.



## LE RENOUVEAU SANITAIRE ET L'ÉMERGENCE D'UNE NOUVELLE DISCIPLINE (1910-1961)

### 1. DE L'HYGIÈNE À LA MÉDECINE HOSPITALIÈRE

Dans la seconde moitié du XIX<sup>e</sup> siècle, au Québec comme en Europe et aux États-Unis, l'entassement de la population dans les grandes villes industrielles engendre de multiples problèmes sociaux, aux proportions jusqu'alors inédites. La pauvreté, l'insalubrité, l'alcoolisme et la malnutrition qui règnent dans les quartiers ouvriers en font les hôtes d'épidémies fréquentes et d'une omniprésente mortalité. La mortalité infantile est particulièrement élevée: à Montréal comme à Québec, un bébé sur quatre décède avant son premier anniversaire, la proportion étant encore plus forte dans les quartiers ouvriers, où plusieurs enfants n'atteignent pas l'âge de cinq ans. Ces problèmes exacerbent les tensions sociales, au point d'inquiéter les autorités et les classes dominantes. Plusieurs représentants de celles-ci, y compris des médecins, entreprennent alors de s'attaquer aux grands problèmes urbains en cherchant, par une correction des abus les plus

choquants, à « faire taire ces vents de révolte qui soufflent de toutes parts<sup>1</sup> ». La santé publique devient dès lors un enjeu sociopolitique déterminant, souvent associé à la survie nationale.

C'est en réponse à cette situation qu'émerge, à l'échelle occidentale, un discours réformateur dit hygiéniste, qui se mue après 1870 en un véritable projet politique. Animé en bonne partie par une avant-garde de médecins et de professionnels, le mouvement hygiéniste promeut l'organisation d'une nouvelle société urbaine sur des bases sanitaires et scientifiques. Inspiré des perspectives d'une médecine préventive et écologique, cet idéal prévoit l'endigement des problèmes sociaux par des mesures sanitaires comme la construction d'aqueducs et de systèmes d'égouts, des programmes de vaccination obligatoire et des campagnes d'éducation populaire favorisant la généralisation de comportements sains en matière de propreté et d'alimentation<sup>2</sup>.

La croisade hygiéniste rallie plusieurs médecins québécois autour du cheval de bataille sanitaire, à une époque où se raffermait considérablement la cohésion de la profession médicale<sup>3</sup>. Après 1887, l'intervention de l'État provincial accélère la mise sur pied de services d'hygiène locaux et de vastes campagnes de vaccination et d'éducation, qui propulsent les spécialistes de la santé à l'avant-scène de la régulation publique. Dans les années qui suivent, l'intensification des activités hygiénistes confirme le rôle désormais prépondérant des médecins et des détenteurs des savoirs sanitaires dans la gestion des problèmes sociaux<sup>4</sup>.

Au tournant du siècle, plusieurs médecins délaissent cependant l'activisme hygiéniste et la pratique de cabinet pour investir en conquérants

- 
1. J.I. Desroches, «Hygiène ouvrière», *Journal d'Hygiène populaire*, 3, 11 (1886): 124, cité par Claudine Pierre-Deschênes, «Santé publique et organisation de la profession médicale au Québec, 1870-1918», *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 35, 3 (1981): 355-357; Paul-André Linteau et al., *Histoire du Québec contemporain*, t. 1, *De la Confédération à la Crise (1867-1929)*, Montréal, Boréal, 1989, p. 30-31 et 208-221; Nadia Fahmy-Eid et Johanne Collin, «Savoir et pouvoir dans l'univers des disciplines paramédicales», *Histoire sociale – Social History*, 22, 43 (1989): 36.
  2. François Rousseau, *La croix et le scalpel*, Sillery, Septentrion, 1994, p. 48-55; Claudine Pierre-Deschênes, *op. cit.*, p. 355-367.
  3. Claudine Pierre-Deschênes, *op. cit.*, p. 357-372. Le projet sanitaire emporte aussi l'adhésion d'autres catégories de professionnels libéraux, notamment des ingénieurs et des architectes; voir Robert Gagnon, *Une question d'égouts*, Montréal, Boréal, à paraître.
  4. Denyse Baillargeon, «Entre la "Revanche" et la "Veillée" des berceaux. Les médecins québécois francophones, la mortalité infantile et la question nationale, 1910-1940», *Canadian Bulletin of Medical History/Bulletin canadien d'histoire médicale*, 19 (2002): 114-117; Claudine Pierre-Deschênes, *op. cit.*, p. 365-369.



les institutions hospitalières. Les hôpitaux, en effet, deviennent des lieux stratégiques à mesure que la médecine s'adosse progressivement sur des pratiques et à des technologies nouvelles, comme les rayons X, qui exigent de lourds investissements et accroissent l'importance d'une formation en milieu clinique que les cabinets privés ne peuvent plus soutenir. Très tôt, en 1880, des médecins hygiénistes s'assemblent ainsi pour fonder l'hôpital Notre-Dame de Montréal, tandis que plusieurs hôpitaux contrôlés par des religieux établissent des partenariats avec les universités. Jusqu'alors encadrés par le clergé, les médecins hospitaliers revendiquent et conquièrent, dès le début du <sup>xx</sup>e siècle, une autonomie fondée sur leur seule expertise. Avec les années, la complexification rapide des savoirs médicaux renforce l'ascendant des médecins au sein des hôpitaux, en rendant les administrateurs, religieux ou laïques, pratiquement dépendants de leur expertise<sup>5</sup>. Dès la fin du <sup>xix</sup>e siècle, les médecins s'assurent ainsi l'exclusivité du contrôle des soins en imposant leur supériorité sur les autorités traditionnelles des établissements de santé, au moment même où l'activité sanitaire se transforme, de préventive et écologique, en une pratique curative ancrée au sein de l'hôpital.

## 2. DES DISCIPLINES «PARAMÉDICALES»

C'est dans ce contexte que, soucieux de professionnaliser la pratique des soins et d'asseoir leur autorité, de plus en plus de médecins hospitaliers entendent diriger les services infirmiers et piloter eux-mêmes la création d'écoles de *nursing*. Ce mouvement, amorcé au Québec dans le milieu anglo-protestant au cours des années 1880, se manifeste chez les francophones à l'hôpital Notre-Dame de Montréal où les médecins fondent, en 1899, une école de gardes-malades. Ils y dispensent une formation essentiellement pratique qui laisse une grande place à l'apprentissage sur le tas et aux tâches d'intendance. Les futures infirmières apprennent à l'hôpital même leur métier de techniciennes généralistes, dirigées par le «docteur». Aux yeux des médecins, la professionnalisation de ces femmes ne signifie

---

5. Yolande Cohen, «La contribution des Sœurs Grises à la modernisation de l'hôpital Notre-Dame de Montréal, 1880-1930», *Canadian Historical Review*, 34, 1 (1988): 185-197; François Guérard, «Les principaux intervenants dans l'évolution du système hospitalier en Mauricie, 1889-1939», *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 48, 3 (1995): 381-383; Henri Péquignot, «Médecine contemporaine», *Encyclopædia Universalis*, Paris, Encyclopædia Universalis, corpus 14, p. 802-803; François Rousseau, *op. cit.*, p. 55-64 et 245-246.

donc pas qu'elles accèdent au statut de professionnelle, mais qu'elles apprennent à s'incorporer aux exigences d'un univers de travail régi par des médecins<sup>6</sup>.

Dès les années 1910, des indices comme l'apparition d'études supérieures connexes au *nursing* et la mobilité réduite des infirmières au sein de l'hôpital indiquent la complexification et la spécialisation accrues de certaines de leurs tâches, qui en viennent à former autant de champs de compétence précis et bien délimités comme la tenue des dispensaires ou la manipulation de machines de diagnostic. Nombre de secteurs infirmiers tendent dès lors à s'autonomiser et l'on assiste à l'apparition du vocable «paramédical» pour désigner des infirmières spécialisées, affectées à des tâches spécifiques sous la direction d'un médecin. En 1938, à l'hôpital Notre-Dame de Montréal, 18 infirmières sur 48 remplissent ainsi des tâches particulières, distinctes, selon les registres, des «soins généraux». D'autre part, alors que la clientèle hospitalière connaît un véritable boom<sup>7</sup>, les infirmières, spécialisées ou non, s'approprient plus ou moins consciemment un certain nombre d'actes professionnels exercés jusque-là par des médecins, comme les prises de sang ou les injections intraveineuses<sup>8</sup>.

Le travail d'infirmière, fortement encadré par les médecins, offre cependant peu de possibilités d'autonomie et de véritable reconnaissance professionnelle. L'expansion du domaine de la santé pousse donc, surtout à partir de 1914, les filières féminines d'emploi à s'élargir grâce au développement de nouveaux secteurs, comme celui des «masseuses» thérapeutiques. Ces disciplines, dont les membres aspirent au statut de professionnelles, émergent d'abord hors des murs de l'hôpital et viennent majoritairement du

- 
6. Yolande Cohen, *op. cit.*, p. 187-198 et 211-216; Peter Twohig, *Organizing the Bench*, thèse de doctorat (histoire), Dalhousie University, 1999, 365 p.; Esther Lamontagne, *Histoire des savoirs-faire infirmiers au Québec de 1870 à 1970*, mémoire de maîtrise (histoire), Université du Québec à Montréal, 1999, p. 62-63.
  7. La Loi des Accidents de travail (1909), puis la Loi de l'Assistance publique de 1921, facilitent l'hospitalisation des travailleurs et des plus démunis: à l'hôpital Saint-Joseph de Trois-Rivières, par exemple, le nombre d'admissions fait plus que tripler pendant l'entre-deux-guerres. De manière générale, au Québec, le taux annuel d'admission passe de 37,4 à 99,1 pour mille habitants entre 1932 et 1955; alors que 7,3% des naissances et 21,2% des décès ont lieu à l'hôpital en 1931, ces chiffres s'élèvent respectivement à 92,3% et 55,5% en 1961; ils continueront de progresser après la Révolution tranquille. Voir: François Rousseau, *op. cit.*, p. 211, 217 et 266; François Guérard, *op. cit.*, p. 379-385; Claudine Pierre-Deschênes, *op. cit.*, p. 382-384 et 396; Yolande Cohen, *op. cit.*, p. 197.
  8. Yolande Cohen, *op. cit.*, p. 195-205; Lucie Piché et Nadia Fahmy-Eid, «À la recherche d'un statut professionnel dans le champ paramédical», *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 45, 3 (1992): 375-376.

monde anglo-saxon<sup>9</sup>. À partir des années 1940, l'éclatement des connaissances, la bureaucratisation accrue et l'augmentation toujours spectaculaire de la fréquentation des hôpitaux stimulent l'embauche accélérée d'une main-d'œuvre non médicale spécialisée: la porte du monde hospitalier s'ouvre alors à ces nouvelles pratiques, auxquelles se transpose définitivement l'épithète «paramédical». Physiothérapeutes, ergothérapeutes, diététistes et orthophonistes, dont la situation professionnelle était jusque-là incertaine, envahissent rapidement ces îlots de sécurité économique et de reconnaissance sociale que sont les hôpitaux. De 1953 à 1967, alors que le personnel hospitalier est quadruplé, le nombre de représentantes des nouvelles disciplines se multiplie par huit, leur part passant de 7% à 20% du total des salariés dans les hôpitaux publics. En guise d'exemple, le nombre de physiothérapeutes travaillant dans les hôpitaux publics au cours de cette période passe de 38 à 361, dont plus de 90% de femmes<sup>10</sup>.

C'est dans ce contexte de rapides transformations qu'il faut situer l'émergence, au cours des années 1950, d'une pratique professionnelle de rééducation du langage jusqu'alors inédite au Canada. Comme bien d'autres choses, cette nouvelle pratique se répand au Québec par pollinisation depuis le riche terreau américain.

### 3. LA CORRECTION DU LANGAGE AUX ÉTATS-UNIS

Outre l'activité marginale d'un chirurgien-barbier du xvi<sup>e</sup> siècle et quelques initiatives médicales éparses portant, au xix<sup>e</sup> siècle, sur le bégaiement et les fissures du palais, c'est dans les États-Unis des années 1910 qu'on voit apparaître pour la première fois un intérêt soutenu et organisé pour les difficultés d'expression orale. Cette attention porte surtout sur les enfants d'âge scolaire et mène à la constitution, entre 1910 et 1930, d'un corps de *speech correctionists* spécialisés dans les services aux enfants bègues, présents dans des grandes villes américaines comme New York, Boston et San Francisco. Les membres de ce corps d'emploi sont d'abord de jeunes

9. Lucie Piché et Nadia Fahmy-Eid, «À la recherche d'un statut professionnel dans le champ paramédical», *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 45, 3 (1992): 375-376; Denis Goulet, *Histoire de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, 1880-1980*, Montréal, VLB éditeur, 1993, p. 319-329.

10. Denis Goulet, *op. cit.*, p. 319 et 376-377; Nadia Fahmy-Eid et Johanne Collin, *op. cit.*, p. 36-37; Nadia Fahmy-Eid et Aline Charles, «La diététique et la physiothérapie en quête d'une pratique exclusive au Québec, 1950-1980», *Histoire sociale – Social History*, 26, 51 (1993): 98.

enseignants qui ont reçu une formation particulière dans des établissements supérieurs de pédagogie, comme le Chicago Teachers' College, où leur sont dispensés des rudiments de diction et les conseils de professeurs œuvrant auprès des enfants sourds. Ces *correctionnists* forment rapidement un groupe cohérent et spécialisé, comme en témoignent leur regroupement en 1926 dans l'American Academy of Speech Correction (AASC) ainsi que la création de programmes universitaires au cours des années 1930<sup>11</sup>.

Cette activité corrective connaît des succès mitigés et reste de faible importance jusqu'en 1939. À l'occasion de la guerre, cependant, plusieurs praticiens commencent à travailler auprès d'une clientèle adulte, dans des hôpitaux militaires remplis de vétérans handicapés par des blessures à la bouche. Bouclant une évolution amorcée en 1936 avec la création du *Journal of Speech Disorders*, la profession se déleste dès lors de son héritage professoral pour verser dans le domaine des troubles de la santé et les praticiens abandonnent peu à peu leur titre scolaire de *correctionnist* pour celui, mieux adapté, de *speech therapist*<sup>12</sup>.

L'hôpital militaire sert aussi de lieu d'expérimentation où les spécialistes de la parole rencontrent des experts de la mesure des capacités auditives, un domaine encore embryonnaire né de la convergence entre les besoins des vétérans et les progrès de l'électronique. Un intérêt commun pour la communication incite au rapprochement, si bien que, en 1948, l'AASC, qui devait de toute manière médicaliser son nom, est rebaptisé American Speech and Hearing Association<sup>13</sup>.

L'Association profite des listes de personnel établies par l'État fédéral à l'occasion de la guerre pour s'ériger en véritable organisme

---

11. Un certain intérêt académique en la matière fleurit aussi en Allemagne à la même époque, mais il ne semble pas déboucher sur une pratique clinique répandue et structurée. Gouvernement du Québec, *Rapport de la commission royale d'enquête sur la santé et le bien-être social* (CESBES), ann. 12, t. 5, Québec, 1970; Joyce Taylor, *Speech-Language Pathology*, New York, Grune, 1981, p. 1-4; Rolland van Hattum, «Introduction», dans Rolland van Hattum (dir.), *Organization of Speech-Language Services in Schools*, San Diego, College Hill Press, 1985, p. 1-3 et «An Overview», Rolland van Hattum (dir.), *Clinical Speech in the Schools*, Springfield, Thomas, 1971, p. 5-16; Elizabeth Neidecker, *School Programs in Speech-Language*, Englewood Cliffs, Prentice-Hall, 1987, p. 3-5 et 12.

12. *Ibid.* et Elizabeth Neidecker, *op. cit.*, 1987; Joyce Taylor, *op. cit.*

13. David Goldstein, «Professionalization of audiology in the United States», *Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec (OOAQ), Tisser sa toile*, Montréal, OOAQ, 1994; Huguette Benfante *et al.*, *Audiométrie vocale*, Montréal, Hôpital Maisonneuve, 1966, p. 2; James Jerger (dir.), *Modern Development in Audiology*, New York, Academic Press, 1963, 446 p.

professionnel. Il s'agit d'une tâche de longue haleine, et il faudra près d'une décennie à l'Association pour asseoir les bases d'une organisation solide. L'entreprise est cependant fructueuse et, entre 1940 et 1965, le nombre d'États américains offrant à l'orthophonie des subsides et une reconnaissance légale passe de neuf à quarante-cinq, dans un contexte de rapide croissance des effectifs<sup>14</sup>.

Même si l'élément déclencheur de cette croissance reste le boom hospitalier des années 1940-1950, la *speech therapy* garde tout de même aux États-Unis une assise scolaire importante et l'école primaire absorbe une part substantielle des nouveaux diplômés. Au Québec et au Canada, où l'émergence de l'orthophonie est plus tardive, l'éclosion aura lieu directement dans les hôpitaux.

#### 4. QUELQUES PIONNIÈRES, 1934-1955

Au Québec, la première personne à s'intéresser aux problèmes de parole semble être Mary Wiseland, qui ouvre en 1934 le service d'orthophonie du Children's Memorial Hospital (qui deviendra le Montreal Children's Hospital) où elle rééduque à la parole des enfants qui se remettent d'une opération au palais. Peut-être autodidacte en matière de langage, Wiseland part aux États-Unis en 1944 dans le but d'y parfaire sa formation. Elle est remplacée par une jeune Américaine, Mary Cardozo, titulaire d'un diplôme en psychologie de Harvard. Cardozo reprend la clientèle de sa prédécesseure et partage son temps entre les divers hôpitaux anglophones de Montréal où elle rencontre à son tour des enfants souffrant d'anomalies faciales ou de paralysie cérébrale, ainsi que certains vétérans victimes d'«aphasies<sup>15</sup>». Au Children Memorial, Cardozo parvient aussi à réunir une petite équipe stable, composée de jeunes filles formées sous sa propre direction<sup>16</sup>.

14. Jon Eisenson et Mardel Ogilvie, *Speech Correction in the Schools*, New York, Macmillan, 1977, p. 22; Elizabeth Neidecker, *op. cit.*, 1987 et *op. cit.*, 1980; Joyce Taylor, *op. cit.*

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

16. On trouve notamment la trace d'une certaine Sarah Ivy, «speech therapist from Children Memorial Hospital», qui donne en mars 1948 une petite conférence devant un auditoire d'ergothérapeutes. En 1955, Mildred Brock se joint aussi à l'équipe du Montreal Children's Hospital. Rapport annuel de la Quebec Society of Occupational Therapists (QSOT), 1947-1948, p. 1; Louise Coderre *et al.*, «Hommage à Mary Cardozo», *Fréquences*, 8, 3 (1996); Germaine Huot, «Hommage à nos premiers diplômés», *Fréquences*, 11, 2 (1999): 8; Manon Jeanotte et Monique Lemay, *Un brin d'histoire*, travail dirigé de maîtrise (orthophonie-audiologie), Université de Montréal, 1977, p. 8.

Dans le milieu francophone, l'émergence de la profession respecte un schéma similaire. C'est à l'hôpital Sainte-Justine qu'est fondée, dans les années 1940, une «École d'orthophonie» destinée aux enfants opérés au palais. Créée à l'instigation d'un chirurgien, le Dr Edmond Dubé, l'École compte pour seule employée Aline Delorme, une autodidacte qui se forme au contact des enseignants de l'Institution des Sourds de Montréal et grâce aux conseils de Mary Cardozo. Delorme s'adjoint vite les services d'une bénévole, Germaine Huot, qui la remplace à son départ après 1947<sup>17</sup>.

Bien qu'au départ elles aient été dépourvues de formation spécialisée en orthophonie, Cardozo et Huot jouent un important rôle de pionnières. Au début des années 1950, Cardozo fonde le premier organisme canadien voué aux troubles de la parole et de l'audition, la Société de logopédie et d'audiologie de la province de Québec (SLAPQ), qui reçoit ses lettres patentes en 1955<sup>18</sup>. Au premier jour de sa fondation, la Société rassemble plus de 45 personnes. Il s'agit cependant surtout d'un club d'affinités réunissant des médecins, des éducateurs des sourds, des vendeurs d'appareils auditifs et, avec les années, la majeure partie des orthophonistes-audiologistes, diplômées ou non, qui pratiquent dans la province. Jusqu'en 1964, les activités de la Société consistent principalement en l'organisation d'une convention annuelle, en des réunions ponctuelles et en des rencontres de promotion auprès de clubs sociaux comme le Club Kiwanis ou les Chevaliers de Colomb<sup>19</sup>.

En 1955, le nombre d'orthophonistes-audiologistes, même dépourvues de diplômes, est encore infime. Il faudrait, pour constituer une véritable communauté professionnelle, la création de programmes d'enseignement québécois et une implantation plus significative de la discipline dans les hôpitaux.

---

17. Manon Jeanotte et Monique Lemay, *op. cit.*, p. 9-10; p.-v. de la QSOT, 15 octobre 1941; QSOT, dossier *Memberships*.

18. CESBES, ann. 12, t. 2, p. 653; Louise Coderre *et al.*, *op. cit.* Le terme «logopédie» est surtout usité en Belgique, alors que les Français utilisent le mot «orthophonie», qui reçoit la faveur des Québécois. L'usage du mot «logopédie» dans le nom de la Société sera d'ailleurs vite désavoué par les membres sans que cela prête à débat, et son choix n'indique peut-être que la maîtrise imparfaite du français par Mme Cardozo dans ce cas précis. Voir p.-v. de la Société d'orthophonie et d'audiologie de la province de Québec (SOAPQ), 3 mars 1965.

19. Direction des services de santé, *Lignes directrices pour la reconnaissance professionnelle des audiologistes et des orthophonistes au Canada*, Ottawa, Santé et Bien-être social Canada, 1985, p. 1; Manon Jeanotte et Monique Lemay, *op. cit.*, p. 35.

Cette entrée dans le milieu hospitalier a son prix. Pour accéder à l'hôpital dirigé par des médecins, les «paramédicales» doivent rejoindre l'orbite d'une spécialité médicale dont elles deviennent, en pratique, les auxiliaires spécialisées. Au Québec, ce fut somme toute la condition d'entrée des Mary Wiseland et Aline Delorme, invitées par les médecins à atténuer les effets secondaires d'interventions chirurgicales à la bouche. C'est aussi le lot de deux ou trois autres orthophonistes anglophones, formées à l'extérieur du Canada, qui s'installent à Montréal entre 1952 et 1963 pour se joindre à l'entourage des oto-laryngologistes du Royal Victoria et de l'hôpital Notre-Dame<sup>20</sup>.

Du côté francophone, l'émergence de l'orthophonie-audiologie est plutôt liée aux médecins spécialistes de la médecine physique, ou psychiatrie, une pratique de réadaptation des malades souffrant d'incapacité motrice. Les représentants de cette jeune discipline médicale entendent se distinguer de la médecine classique en aménageant une approche globale qui réunit, sous leur férule, plusieurs disciplines auxiliaires dont la physiothérapie, la fabrication d'orthèses et de prothèses, la «thérapie occupationnelle» (ergothérapie), l'orthophonie et le travail social<sup>21</sup>.

D'abord développée en Angleterre et aux États-Unis, la *rehabilitation* vise à l'origine le traitement des amputés de guerre et connaît, après 1945, un essor réel, quoique limité. L'un de ses rares apôtres canadiens est le Dr Gustave Gingras, ancien médecin militaire qui se méritera, par son infatigable travail de promotion et de pédagogie, une renommée internationale. Rassembleur et mondain, il réunit une équipe de fidèles collaborateurs, tous médecins, avec qui il entend instituer la pratique de la réadaptation physique au Québec<sup>22</sup>. Soutenu par des groupes philanthropiques comme le Rotary Club, il fonde, en 1949, l'Institut de réhabilitation de Montréal dont il fait le principal lieu de formation en psychiatrie au Canada. On y retrouve, dès sa fondation, plusieurs physiothérapeutes, quelques «thérapeutes occupationnelles» et une orthophoniste. Ces paramédicales, toutes des femmes, travaillent dans des équipes interdisciplinaires aux structures plutôt lâches, mais toujours soumises à l'autorité du psychiatre. Traitant des traumatismes

---

20. Jeanotte et Lemay, *op. cit.*, p. 17 et 31-40. Pour les cas de la diététique et de la physiothérapie, voir Nadia Fahmy-Eid *et al.*, *Femmes, santé et professions*, Montréal, Fides, 1997, p. 120-121.

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

22. *Ibid.*, p. 168-186; Denis Goulet, *op. cit.*, p. 328-329.

multiples, elles finissent par accueillir une majorité croissante d'enfants atteints de la poliomyélite, tandis que les soins aux adultes sont prodigués en priorité aux « personnes susceptibles de retourner au travail<sup>23</sup> ».

Engagé sur les rails d'une croissance prometteuse, l'Institut, s'il forme suffisamment de physiatres, voit pourtant son développement freiné par une pénurie des auxiliaires paramédicaux nécessaires à la réadaptation. Un intense travail de lobbying auprès de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal permet au Dr Gingras et à son équipe de mettre sur pied, en 1954, l'École de physiothérapie et de thérapie occupationnelle, qui rassemble ces deux disciplines en un diplôme commun. Dirigée par Gingras lui-même, la nouvelle école partage les structures administratives de l'Institut, de même que ses locaux du Montreal Convalescent Hospital. Aux yeux de ses fondateurs, l'École représente d'abord et avant tout la pépinière d'auxiliaires francophones réclamée par les physiatres québécois. Deux ans plus tard, soit en 1956, les mêmes préoccupations inspirent l'ajout en son sein du premier service d'enseignement d'orthophonie et d'audiologie au Canada<sup>24</sup>.

## 5. UN PREMIER PROGRAMME D'ENSEIGNEMENT

Bien que la réadaptation fasse une place essentielle aux traitements de physiothérapie et de thérapie occupationnelle, elle n'en prévoit pas moins le concours d'orthophonistes pour les cas de blessures au palais. Au Québec, cet objectif est cependant contrarié par l'absence d'orthophonistes francophones diplômées. Ayant rencontré Mary Cardozo dans les milieux de la réadaptation des vétérans, Gingras profite quelque temps de son aide, mais doit, en 1952, faire venir d'Europe une orthophoniste britannique dont il ne parvient à retenir les services que quelques mois<sup>25</sup>.

L'Institut semble ainsi condamné à former lui-même ses orthophonistes, mais les candidates sont rares. En 1954, Gingras est abordé par la jeune Germaine Huot qui désire obtenir une formation reconnue. Il

---

23. Danielle Choquette, *L'Institut de réadaptation de Montréal*, Montréal, IRM, 1999, p. 16-39.

24. Gustave Gingras, *op. cit.*, p. 153-155; Denis Goulet, *op. cit.*, p. 321; Nadia Fahmy-Eid *et al.*, *op. cit.*, p. 107.

25. Lettre de G. Gingras aux directrices de collèges féminins, 20 janvier 1956; Danielle Choquette, *op. cit.*; Manon Jeanotte et Monique Lemay, *op. cit.*, p. 8-10.



lui obtient une bourse pour étudier à la School of Speech Correction and Audiology de l'Université Northwestern de Chicago et, à son retour en 1956, lui offre la direction du service d'orthophonie de l'Institut<sup>26</sup>.

Ces efforts ponctuels n'assurent évidemment pas la formation d'un nombre suffisant de spécialistes. De plus, ils ne sont pas toujours concluants : un autre protégé du Dr Gingras, Gustave Gauthier, boude l'Institut pour accepter le poste laissé vacant par Huot à Sainte-Justine. Pour remédier à la situation, Gingras entreprend, dès 1955, des démarches auprès de la Faculté de médecine et du ministère des Affaires sociales, dans le but d'ajouter au sein de l'École, qui prendrait alors le nom d'École de réhabilitation, une section consacrée à l'orthophonie-audiologie. De nombreux appuis et une campagne habilement menée lui obtiennent les fonds nécessaires, tandis que Germaine Huot hérite tout naturellement de la direction du nouveau service, qui accueille ses premières étudiantes en 1956-1957. Huot accomplit un travail considérable dans la mise sur pied de la section et sollicite le concours à titre de conseiller de l'éminent Dr Harold Westlake, orthophoniste américain qui fut son directeur à Northwestern et dont la visite en 1957 est célébrée en grande pompe par Gingras<sup>27</sup>.

Pilotée par Gingras et son équipe de médecins, la création de la nouvelle section ne représente aux yeux de ceux-ci qu'une étape dans l'établissement d'un programme global de réadaptation, qui prévoit aussi des cours à l'intention des prothésistes, des travailleurs sociaux et des officiers de placement. Pour ces médecins, il est en effet essentiel d'assurer la supervision par des physiatres de toutes les disciplines qui participent à la réadaptation. Outre les besoins criants de personnel, cette volonté d'encadrement justifie d'ailleurs à elle seule la création de la section, car, comme le rappelle Gingras, «L'orthophonie et audiologie est une profession para-médicale qui pourra très bien échapper à la médecine si une école ne s'ouvre pas prochainement dans les cadres de l'Université<sup>28</sup>».

---

26. En 1956, l'Institut, qui dessert également une clientèle anglophone, embauche aussi l'Écossaise Glenna Milner. *Ibid.*, p. 8-11, 17 et 31.

27. *Ibid.*; lettre de L. Corbett à M. Jarry, 28 octobre 1955; lettre de F. Montreuil à G. Gingras, 9 novembre 1955; lettres de G. Gingras à W. Bonin, 25 octobre 1957 et 3 septembre 1958.

28. P.-v. du comité pédagogique de l'École de physiothérapie et de thérapie occupationnelle (EPTO), 23 novembre 1955. Voir annuaire de l'ERUM, 1962-1963, p. 2.

La section d'orthophonie-audiologie offre un diplôme de maîtrise ès arts (M.A.), décerné après un cours de deux ans et un internat de quatre mois, ouvert aux titulaires du baccalauréat ès arts des collèges classiques<sup>29</sup>. La formation offerte reflète bien l'idée qu'ont les physiatres de l'orthophonie : une technique auxiliaire aux horizons étroits, bornés par les limites de la médecine générale. Les enseignements, en effet, n'y sont que faiblement spécialisés : des rudiments épars de médecine générale, enseignés par des médecins, représentent plus de 50% des heures de cours, dont un bloc d'anatomie générale qui monopolise six heures par semaine pendant toute la première année. Plus de 250 heures de cours, soit le quart du programme, sont suivies en commun avec les étudiantes des autres sections. En fait, les contenus spécifiques à l'orthophonie, comme l'étude du bégaiement, n'occupent que 26% des heures de cours<sup>30</sup>.

À cet égard, le contraste avec la maîtrise ès sciences de l'Université McGill, créée en 1963 par des médecins oto-rhino-laryngologistes (ORL) du Royal Victoria, est frappant : en exigeant de ses candidates un baccalauréat universitaire dans une discipline liée au langage (linguistique, psychologie), McGill parvient à prodiguer un enseignement beaucoup plus spécialisé, alors que l'École de réhabilitation consacre la première année de son programme à des cours génériques ou d'introduction. Les cours de McGill adoptent de plus la formule des séminaires, comme il est d'usage aux États-Unis ou dans les autres programmes de maîtrise, tandis que l'enseignement de l'Université de Montréal prend une forme magistrale. Programme de deuxième cycle, la formation francophone fait finalement moins figure de maîtrise que de baccalauréat avancé. La Faculté de médecine refusera d'ailleurs toujours de reconnaître sa valeur, ce qui explique que les étudiantes sortant de l'École n'obtiennent pas un diplôme en sciences<sup>31</sup>.

Déprécié par rapport aux généralités médicales, le savoir spécialisé ne s'appuie de plus que sur un minimum de notions théoriques. L'apprentissage de l'orthophonie passe principalement par les stages : même en faisant

---

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

30. *Programme de l'École de réhabilitation*, 1956; Manon Jeanotte et Monique Lemay, *op. cit.*, p. 15-16.

31. Mais plutôt un diplôme intitulé laconiquement : « maîtrise en orthophonie-audiologie (MOA) », sans autre précision; *ibid.*, p. 17-19 et 31-33; SOA, *Opération Orientations*, Montréal, ERUM, 1971, p. 8-11.

abstraction de l'internat, ceux-ci occupent les deux tiers de la deuxième année, soit près de 500 heures. Lieu d'apprentissage de premier ordre, le stage, lorsqu'il est intensif et détaché de tout socle théorique autonome, n'en consolide pas moins le statut strictement technique d'une pratique transmise, sous la supervision des médecins hospitaliers, comme un simple chirurgien de la psychiatrie. Il est également à noter que, dans un programme aussi peu spécialisé, la présence de l'audiologie est à peu près nulle, le seul cours, donné en deuxième année, se perdant parmi d'autres disciplines connexes comme la pédiatrie ou la médecine dentaire<sup>32</sup>.

Ces quelques traits – faible spécialisation et caractère technique – préparent à un statut inférieur dans la hiérarchie médicale<sup>33</sup>. Ils nous renseignent d'ailleurs peu sur l'état réel de l'orthophonie en tant que discipline, telle qu'elle existe, par exemple, aux États-Unis. Ils reflètent surtout le point de vue des psychiatres, pour qui l'orthophoniste n'a pas la responsabilité de poser des diagnostics et se contente d'un rôle de soutien auprès des patients qui appartiennent en propre au médecin, reproduisant le rapport hiérarchique qui existe déjà entre les médecins et les infirmières<sup>34</sup>.

On a jusqu'ici mis l'accent sur ce que n'est pas le programme d'orthophonie. À dessein: ce qui semble significatif dans cette histoire, c'est que plusieurs orthophonistes ressentent comme autant de contraintes inacceptables les limites imposées par la direction. Dès le départ, la relation entre les orthophonistes et les psychiatres est marquée du sceau du conflit.

Après s'être engagée avec énergie dans la création de la section, Germaine Huot exprime ainsi rapidement sa déception et son désaccord devant les visées de ses supérieurs. Formée par la pionnière Aline Delorme, riche d'une expérience clinique antérieure à son embauche à l'Institut et

---

32. *Programme de l'École de réhabilitation*, 1956.

33. Ils se doublent d'ailleurs d'un statut inférieur pour les enseignantes de l'École dans la hiérarchie universitaire. Pour plus de détails à ce sujet ou sur l'enseignement de l'orthophonie à l'École de réhabilitation, voir Julien Prud'homme, «La formation universitaire et l'établissement d'une nouvelle profession», *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 56, 3 (2003): 329-356.

34. *Ibid.* Sur la situation des infirmières à la même époque, Voir Esther Lamontagne, *op. cit.*, p. 37; Yolande Cohen, *Profession infirmière*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 2000, p. 13, 97-101.

diplômée d'une école américaine entièrement vouée aux troubles de la parole, Huot ne partage pas les conceptions de Gingras sur le rôle des orthophonistes et, partant, sur la nature de leur formation.

En accord avec ses étudiantes, Huot conteste et, dès 1960, exige des réformes. Forte de l'avis du consultant Westlake, elle propose la création d'une clinique universitaire qui permettrait «de concilier [...] un enseignement théorique à la réalité clinique»<sup>35</sup>, dégageant l'apprentissage pratique de la régulation médicale. Elle demande des bourses de perfectionnement pour les nouvelles diplômées et s'oppose à l'amalgame de l'orthophonie et de l'audiologie promue par Gingras. La réponse de ce dernier ne se fait pas attendre: Huot est renvoyée de l'Institut et, n'ayant plus accès aux patients nécessaires à son enseignement, quitte l'École en 1961, déplorant dans sa lettre de démission «le manque de collaboration de toutes les personnes intéressées à l'orthophonie et à l'audiologie»<sup>36</sup>. Le départ brusque de la première diplômée francophone donne le ton à des tensions qui animent la section pendant de longues années. Quant à l'éminent Dr Westlake, dont on avait tant célébré la collaboration en 1957, la direction se passera à l'avenir de ses conseils.

Si le profil social des étudiantes en orthophonie ressemble, comme on peut s'y attendre, à celui de leurs consœurs de physiothérapie<sup>37</sup>, il n'y a pas lieu de s'étonner de leur soutien aux revendications de Huot. Gingras recrute auprès des collègues classiques féminins, prestigieux et dont l'accès, en raison des coûts, est, jusqu'en 1961, encore plus élitaire que leurs équivalents masculins<sup>38</sup>. Majoritairement issues, par conséquent, de familles bourgeoises éduquées, filles d'avocats ou de commerçants aisés, les candidates de l'École, toutes sections confondues, sont déjà sensibles à un idéal d'autonomie professionnelle qui imprègne leurs milieux d'origine. Décidées à œuvrer en santé, elles ont choisi un programme paramédical avec l'intention expresse d'éviter ce qu'elles perçoivent comme l'état de

---

35. Manon Jeanotte et Monique Lemay, *op. cit.*, p. 18.

36. P.-v. du comité pédagogique de l'ERUM, 13 février 1963; lettre de G. Gingras à M. Mongeau, 3 septembre 1958; Manon Jeanotte et Monique Lemay, *op. cit.*, p. 18-19.

37. Dont Mme Nadia Fahmy-Eid et ses collaboratrices ont déjà esquissé le profil. Voir Pauline Fahmy, «Mémoire du travail ou travail de la mémoire», Nadia Fahmy-Eid *et al.*, *op. cit.*, p. 278-279.

38. Il faut attendre cette date pour que le gouvernement provincial accorde aux collègues pour filles le soutien financier consenti aux collègues masculins depuis 1922; Johanne Collin, «La dynamique des rapports de sexes à l'université, 1940-1980», *Histoire sociale – Social History*, XIX, 38 (1986): 372. Voir lettre de G. Gingras aux directrices de collègues féminins, 20 janvier 1956; p.-v. de la SOAPQ, 15 septembre 1970.

servitude imposé aux infirmières<sup>39</sup>. Pour échapper à ce sort, elles aspirent à une formation fondamentale poussée et par ce fait distincte des tâches techniques, déplorant les heures passées à apprendre « tout ce qu'une technicienne devrait faire<sup>40</sup> ». Ainsi motivées, elles apprécient peu la réticence des médecins à céder les connaissances théoriques qui assureraient leur autonomie : comme l'indique rétrospectivement une ancienne étudiante de l'École, « ils avaient l'impression de donner une formation à des gens qui ne devaient pas en savoir autant qu'eux<sup>41</sup>. »

Même si le goût du militantisme demeure inégalement réparti entre les divers individus, cet état d'esprit semble communément répandu entre les diplômées de la section qui le transportent avec elles dans les hôpitaux où elles trouvent majoritairement un emploi.

---

39. Comme le dit une physiothérapeute, étudiante à l'ERUM pendant les années 1950 : « Je trouvais que se promener avec un dossier, puis faire un café pour les docteurs... puis jamais avoir ton mot à dire, c'était comme pas intéressant... », citée par Pauline Fahmy, *op. cit.*, p. 272.

40. *Ibid.*, p. 278.

41. *Ibid.*, p. 279.



## UN PARRAINAGE ENCOMBRANT (1955-1970)

### 1. UNE PRATIQUE HOSPITALIÈRE

Les premières diplômées<sup>1</sup> décrochent rapidement un emploi dans les hôpitaux de la province. Comme l'envisageait Gingras, la demande vient surtout de services hospitaliers fondés récemment et dirigés, comme l'Institut de réhabilitation, par des médecins intéressés aux problèmes de parole dans le cadre de leur propre pratique. Des six membres de la première cohorte de diplômées de l'ERUM, deux sont engagées à l'Institut lui-même (dont Édith Beaulieu qui enseignera aussi à l'École), tandis que les autres se dispersent entre l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul de Sherbrooke, le Montreal Children's Hospital, l'hôpital Notre-Dame de Québec et l'hôpital Notre-Dame de Montréal, où les attendent les médecins physiatres et otorhino-laryngologistes (ORL) déjà en place. Dans les années qui suivent, d'autres hôpitaux réclament les services d'orthophonistes-audiologistes,

---

1. L'orthophonie-audiologie étant composée d'une écrasante majorité de femmes, on emploiera ici le genre féminin pour désigner le groupe. Cet usage n'est cependant pas partagé par tous les acteurs cités.

comme l'hôpital Sainte-Justine ou l'hôpital Maisonneuve, qui inaugure en 1960 un nouveau service d'«orthophonie-audiométrie<sup>2</sup>». Dans tous les cas, les diplômées se joignent à l'entourage de médecins spécialistes: ces médecins, surtout dans les grandes villes, sont en effet dotés d'importantes ressources par les hôpitaux, au moment même où leur prolifération bouleverse le paysage médical<sup>3</sup>.

Dans les milieux francophones, l'expansion de la profession est indissociable de celle de la psychiatrie et la création de nouveaux services d'orthophonie-audiologie suit étroitement le sillage des départements de «médecine physique», comme à l'Hôtel-Dieu de Montréal, à l'hôpital de réadaptation Marie-Enfant et à l'hôpital Saint-Vallier de Chicoutimi. Cette proximité avec les psychiatres distingue les orthophonistes-audiologistes franco-québécoises de leurs consœurs anglophones, qui suivent plutôt l'orbite des ORL du Royal Victoria et du Montreal Children's Hospital. Les orthophonistes anglophones reçoivent ainsi 83% de leurs visites dans les établissements généraux ou de soins prolongés où travaillent les ORL, tandis que les francophones rencontrent plus de la moitié de leurs patients dans des services spécialisés de réadaptation comme l'Institut ou, avec le temps, des cliniques de pédiatrie<sup>4</sup>.

Comme à l'École de réhabilitation, l'autorité des médecins spécialistes en place pèse lourd sur le travail des paramédicales. Leur mainmise sur le choix des patients est particulièrement manifeste. En 1964, par exemple, les directeurs-psychiatres de l'Institut ordonnent aux orthophonistes de cesser de traiter les cas de bégaiement pour se concentrer sur la clientèle motrice du service de psychiatrie. Dans l'ensemble des centres, plus de la moitié des patients dirigés en orthophonie sont vus en clinique interne et présentent des problèmes anatomiques relevés par les médecins psychiatres et ORL. Ceux-ci confient essentiellement aux orthophonistes des tâches de rééducation de la parole chez les victimes, le plus souvent adultes, de blessures physiques

- 
2. Lettre de M. Mongeau à C. Godfrey, 26 avril 1960; «Allocution de Mme Huot», *Fréquences*, 9, 2 (1997): 8; Germaine Huot, «Hommage à nos premiers diplômés», *op. cit.*
  3. La part des spécialistes au sein des effectifs médicaux passe de 22,5% à 54,4% entre 1951 et 1971, la quantité de médecins omnipraticiens allant même jusqu'à décroître en nombres absolus, alors que les effectifs médicaux totaux augmentent de 29%. Gilles Dussault, «Les médecins au Québec (1940-1970)», *Recherches sociographiques*, XVI, 1 (1975): 73-75.
  4. Statistique Canada, *La statistique hospitalière*, vol. I, 1973-1975 et vol. II, 1962-1972, Ottawa, Statistique Canada. Sur la prise des psychiatres sur le personnel de réadaptation physique en général, voir Nadia Fahmy-Eid *et al.*, *op. cit.*, p. 75.



(au palais, entre autres) ou d'opérations (comme une laryngectomie). Les physiatres et les ORL ne réfèrent ainsi aux orthophonistes que les patients sur lesquels ils gardent une pleine autorité, et se réservent le droit d'assigner à l'avance les objectifs à poursuivre<sup>5</sup>.

Comme à l'École, plusieurs jeunes orthophonistes-audiologistes estiment que ce contrôle médical tronque indûment leur champ d'intervention et les condamne à une réclusion indue dans les domaines d'autorité des médecins, en les privant de cas de bégaiement ou de problèmes de voix qui mettraient mieux en valeur leurs compétences<sup>6</sup>. Certaines revendiquent haut et fort une autonomie qu'elles estiment leur revenir de droit et des conflits éclatent, qui se terminent souvent au détriment des nouveaux venus : assez rapidement, par exemple, l'orthophoniste Pierre Marois doit quitter l'hôpital Notre-Dame de Québec devant «la mainmise de certains fiefs<sup>7</sup>» des ORL de l'établissement. En 1999, Germaine Huot décrira rétrospectivement le travail d'une orthophoniste des années 1950 et 1960 en soulignant comment le désir d'aménager un champ d'activité autonome exige de lutter constamment «pour convaincre l'employeur [et] subir en plus la tutelle de responsables tout à fait étrangers à notre domaine<sup>8</sup>». Elle-même mène quelques batailles après son renvoi de l'Institut, entrant d'abord au service de l'Hôtel-Dieu de Chicoutimi, où l'attendent des ORL qui emploient déjà des audiologistes, puis, après 1966, à celui du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) où elle dit avoir milité encore «afin de soustraire notre service aux tiraillements de certains médecins physiatres et ORL quelque peu jaloux de notre autonomie<sup>9</sup>».

Malgré la prise privilégiée des physiatres sur «leurs» paramédicales, le projet d'une activité de réhabilitation «totale» sous la férule du médecin, selon la conception du Dr Gingras, ne se réalise pas. D'une part, les projets d'élargissement de l'École sont mis à mal par le refus de l'Université de Montréal d'accueillir un programme aussi manifestement technique que

- 
5. D'autant que bon nombre des patients vus en clinique externe sont probablement d'anciens cas en rémission, originellement admis en clinique interne par des médecins, *ibid.* Voir Danielle Choquette, *op. cit.*, p. 62.
  6. Cette situation trancherait d'ailleurs avec la situation aux États-Unis où, dès la fin des années 1950, les cas de fissures palatines et de paralysie cérébrale représentent ensemble moins de 5% des cas dirigés en orthophonie. Voir Elizabeth Neidecker, *op. cit.*, 1980, p. 5-8.
  7. Germaine Huot, *loc. cit.*
  8. *Ibid.*
  9. «Allocution de Mme Huot», *loc. cit.*

la fabrication d'orthèses et de prothèses, une rebuffade qui entame durement le rêve des fondateurs. D'autre part, le faible nombre de physiatres québécois, dont l'association compte moins de trente membres en 1968, rend impossible l'encadrement systématique des auxiliaires paramédicaux, qui essaient rapidement hors de leur influence<sup>10</sup>. Au fil des années 1960, plusieurs diplômées s'engagent ainsi auprès d'autres types de médecins spécialistes.

Certaines développent leurs compétences en audiologie et travaillent dans des services dirigés par des médecins ORL, ce qui les conduit dans de grands hôpitaux comme le CHUS ou l'hôpital Maisonneuve qui se spécialisent rapidement en audiométrie. Ces «audiologistes» sont les premières francophones à pouvoir pleinement revendiquer le titre en exerçant auprès de personnes déficientes auditives sans être assimilées aux *teachers of the Deaf*, desquels elles se dissocient le plus souvent<sup>11</sup>.

D'autres diplômées, en nombre croissant, trouvent du travail dans des cliniques de pédiatrie, au point d'ailleurs que, en 1969, ces cliniques reçoivent plus de 40% des visites en orthophonie au Québec. Alors que les physiatres cherchent à se concentrer sur une clientèle adulte et résidant à l'hôpital, les nouveaux postes en pédiatrie mettent des orthophonistes en contact avec une population d'enfants rencontrés en clinique externe<sup>12</sup>. Après quelques années, alors que le projet originel de la physiatrie s'effrite de plus en plus, les centres de réadaptation accueillent à leur tour une majorité d'enfants : très vite, la clientèle infantile devient alors le principal créneau des orthophonistes<sup>13</sup>.

Quelle que soit la clientèle, les orthophonistes continuent cependant de jouer un rôle supplétif par rapport à celui des médecins, qui les affectent à leurs propres patients souffrant de problèmes moteurs et anatomiques. C'est le cas jusque dans les milieux non physiatriques, comme au Centre de l'ouïe

---

10. P.-v. du comité pédagogique de l'École de réhabilitation (ERUM), 18 décembre 1963 et 13 février 1964; Danielle Choquette, *op. cit.*, p. 30-39; Nadia Fahmy-Eid *et al.*, *op. cit.*, p. 183-184.

11. P.-v. de la SLAPQ, 19 décembre 1961; Assemblée législative, *Bill 138*, Roch Lefebvre, 1962; CESBES, ann. 4, p. 64 et 109; Statistique Canada, *op. cit.*; Nadia Fahmy-Eid *et al.*, *op. cit.*, p. 183-184.

12. *Ibid.*

13. À l'exception de l'IRM qui continue de recevoir des adultes qui se remettent d'un AVC ou d'une laryngectomie. Danielle Choquette, *op. cit.*; lettre de E.J. Lennon à G. Gingras, 2 décembre 1963; entrevue n° 2.

et de la parole, ouvert en 1961 à l'Hôtel-Dieu de Québec à l'instigation du Dr Paul Fougère et qui rassemble une panoplie de médecins spécialistes (ORL, pédiatres et orthodontistes) autour d'enfants souffrant de fissures des lèvres ou du palais. Un peu partout, le pouvoir de décision des médecins sur l'activité des paramédicales reste très fort et des orthophonistes s'inquiètent toujours de l'état des relations professionnelles au sein des hôpitaux, faisant état de «controverses» en ce qui concerne l'accès aux patients et la décision d'entreprendre ou non une rééducation selon les cas<sup>14</sup>.

Pour les orthophonistes désireuses de s'aménager un espace de pratique autonome, la situation est d'autant plus ardue qu'il faut «commencer à zéro sans supervision et sans matériel clinique» et «fabriquer celui-ci de ses propres mains<sup>15</sup>». Sans tests, sans outils spécialisés et en l'absence d'années expérimentées, il est difficile pour de jeunes diplômées de s'approprier des cas sans dépendre du diagnostic des médecins. À ces obstacles, on peut ajouter l'absence d'un soutien académique qui entretiendrait les connaissances des cliniciennes et suggérerait de nouveaux intérêts diagnostiques. Les principales animatrices de la petite communauté orthophonique, dont Germaine Huot et Mary Cardozo, déplorent l'absence de bons «participants professionnels», c'est-à-dire qui seraient susceptibles de donner des conférences ou de fournir des articles à un journal spécialisé. Les conférences annuelles organisées ne mettent en scène que des médecins, comme ce neurologue donnant une allocution sur l'électroencéphalogramme en 1961, et les orthophonistes de l'époque demeurent en marge des réseaux scientifiques québécois et nord-américains; en 1964, lorsqu'une sommité anglaise en matière de surdité et de communication passe visiter la Montreal Oral School, ce spécialiste n'est entendu que par des médecins et aucune orthophoniste n'est même contactée à cette occasion<sup>16</sup>.

Les orthophonistes rassemblées autour de la SLAPQ déplorent amèrement cet isolement scientifique. Plusieurs, comme Germaine Huot, y voient non seulement une vexation, mais un handicap pour la profession et

---

14. P.-v. de la SOAPQ, 14 novembre 1966; voir Santé et Bien-être social Canada, *Lignes directrices pour la pratique de l'orthophonie et de l'audiologie*, Ottawa, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, 1982, p. 30-31; François Rousseau, *La croix et le scalp*, Sillery, Septentrion, 1994, p. 372-373. Sur la persistance du pouvoir médical dans les années 1960, voir Marc Renaud, *op. cit.*, p. 192; Frédéric Lesemann, *Du pain et des services*, Laval, Saint-Martin, 1981.

15. Germaine Huot, *loc. cit.*

16. P.-v. de la SLAPQ/SOAPQ, 13 juin, 3 et 17 octobre 1961, 22 février 1962, 31 mai 1963, 24 février et 28 octobre 1964, 3 mars 1965 et 8 septembre 1967.

son avenir clinique. Ce point de vue est partagé par les nouvelles étudiantes de l'École, qui attendent de leur programme une stimulation intellectuelle ou à tout le moins une opportunité d'approfondir des connaissances que la direction, explicitement, n'entend pas leur donner. Leurs récriminations prennent la forme, le 29 novembre 1965, d'un document qui synthétise leurs revendications. Signées par «19 des 21 étudiants de première année», les cinq pages de ce document expriment à satiété le désir d'un enseignement plus spécialisé, «adapté à nos besoins». Les étudiantes exigent la suppression des cours d'anatomie et de médecine cellulaire, en plus de déplorer le caractère trop général de la plupart des enseignements («les maladies étudiées ne nous concernent pas vraiment... à quoi peut nous servir l'étude des muscles de la jambe?»). De manière générale, les étudiantes expriment une idée assez claire, et au diapason des tendances nord-américaines, de ce que devrait être un programme de maîtrise :

[...] il ressort que nous perdons beaucoup de temps à parfaire notre culture générale... Nous considérons qu'au niveau de la maîtrise, la majeure partie de notre temps doit être consacrée à approfondir par des recherches personnelles les matières qui nous concernent particulièrement<sup>17</sup>.

En plus de nous offrir un aperçu des aspirations de ces jeunes orthophonistes, la fronde étudiante de 1965 provoque une redite des événements de 1960-1961 lorsque le successeur de Germaine Huot, le Dr E.J. Lennon, prend à son tour le parti des étudiantes.

L'Américain E.J. Lennon a été invité par Gingras à prendre la tête de la section d'orthophonie-audiologie en 1962. Chercheur émérite et ancien professeur de l'Université du Wisconsin, il partage avec Huot l'expérience nord-américaine d'une orthophonie spécialisée et axée sur la recherche et les savoirs théoriques. Choisi un peu à l'aveugle par Gingras qui s'attend à le voir transférer son prestige de chercheur dans des activités administratives, Lennon fait venir à ses côtés John Dudley, un autre anglophone qui partage son point de vue et son expérience<sup>18</sup>.

Très vite, les priorités des deux hommes divergent de celles de la direction de l'École (qui prend à cette époque le nom d'École de

---

17. Lettre des «Étudiants d'Orthophonie, 1<sup>re</sup> année» à la direction de l'ERUM, 29 novembre 1969.

18. Lettre de G. Gingras à J. Frappier, 5 mars 1963; lettre de E.J. Lennon à G. Gingras, 25 mars 1963; lettre de G. Gingras à L. Coutu, 9 novembre 1963; lettre de G. Gingras à E.J. Lennon, 20 décembre 1965.

réadaptation). Lennon introduit de nouveaux cours spécialisés et met sur la table des projets de recherche qui demeureront lettre morte. Lorsqu'il prend sans ambages la défense des étudiantes en 1965, il est rapidement blâmé pour ses intérêts extra-administratifs et poussé à la démission quelques mois plus tard<sup>19</sup>.

Dans les mêmes années, cet enjeu académique, soit la lutte pour l'imposition d'un langage et des priorités particulières à l'une ou l'autre spécialité, se manifeste dans un autre segment de la profession, soit le secteur de la pratique audiologique et audiométrique.

## **2. UNE SPÉCIALISATION CONTROVERSÉE: AUDIOLOGIE ET AUDIOMÉTRIE**

Au début des années 1960, les diplômées de l'École qui ont choisi de se spécialiser en audiologie se comptent sur les doigts d'une seule main. Même si cette spécialisation représente une donnée normale à McGill, qui semble d'ailleurs à cet égard assez unique au Canada, elle n'est absolument pas prévue par le programme de l'ERUM. Les diplômés francophones intéressés (il s'agit surtout d'hommes) par cette branche doivent donc développer eux-mêmes leur habileté en la matière, ce qui requiert quelques années. En l'absence de documents d'époque, il faut supposer que c'est en 1964 qu'on assiste à l'ouverture du premier service d'audiologie, ou plutôt du premier service d'audiologie autonome, puisqu'on sait que le Royal Victoria et l'hôpital Maisonneuve offrent déjà des services d'audiométrie sous la direction de médecins ORL. Ce premier service se trouverait à Sherbrooke, où pratique déjà le pionnier Victor Baillargeon. L'hypothèse est plausible, du fait que la première activité autonome dont il reste trace est la mise sur pied par Baillargeon, dans la région de Sherbrooke en 1968, d'un «service mobile de dépistage» destiné à «aider les demi-sourds à obtenir des services<sup>20</sup>», c'est-à-dire à les diriger en milieu hospitalier.

La pratique de l'audiologie pendant les années 1960 semble d'abord se limiter à l'usage de l'audiomètre. Au cours de tournées de dépistage,

---

19. Lettre de G. Gingras à J. Frappier, 11 février 1966; p.-v. du comité pédagogique de l'ERUM, 21 février 1966, 4 avril 1966 et 6 juin 1966.

20. P.-v. de la SLAPQ/SOAPQ, 13 juin et 3 octobre 1961, 22 février et 27 mars 1962, 16 février et 15 mars 1968; Comité audiologie de la CPOAQ, «25 ans d'audiologie», Corporation des orthophonistes et audiologistes de la province de Québec (CPOAQ), *Actes du colloque «À la grandeur du Québec»*, Montréal, CPOAQ, 1989, p. 10.

les étudiantes de l'École branchent des enfants à un appareil émettant, à des fréquences variables (de 1000 à 4000 hertz) et à une intensité fixe (20 décibels), des sons qu'une ouïe moyenne est censée percevoir. Le «critère de faillite» est atteint lorsque l'enfant échoue à deux reprises à entendre un son, ce qui pousse les étudiantes et leurs superviseurs à conclure que 10% des enfants rencontrés montrent une déficience<sup>21</sup>.

À la lecture des listes d'admission de la Société, il est difficile d'évaluer à plus de 12 ou 15, anglophones compris, le nombre d'orthophonistes-audiologistes qui pratiquent l'audiologie au Québec, même à la toute fin des années 1960. Ces audiologistes connaissent des trajectoires professionnelles différentes de celles suivies par leurs collègues orthophonistes. Les francophones, parmi ces praticiens, ne travaillent pas avec les physiatres. Certains, comme Huguette Benfante, vont se former aux États-Unis et, lorsque cette dernière entame des activités de recherche à l'hôpital Maisonneuve, elle le fait en collaboration non pas avec l'École de réadaptation, mais avec le Département de linguistique de l'Université de Montréal<sup>22</sup>. La spécificité de la spécialité est d'ailleurs revendiquée au sein de la Société par certains membres militants, comme Victor Baillargeon et quelques audiologistes anglophones. Ceux-ci demandent l'établissement d'honoraires différents de ceux des orthophonistes et refusent d'admettre, malgré le libellé du diplôme de l'ERUM, la qualification en audiologie des finissantes de l'École qui n'ont pas rédigé un mémoire spécialisé en la matière<sup>23</sup>.

Même spécialisés, les audiologistes ne sont pas seuls dans leur domaine. Dès le début des années 1960, la mesure de l'audition se répand déjà dans les hôpitaux sous la gouverne des médecins ORL. Ceux-ci ont pris l'habitude de confier l'usage des appareils d'audiométrie à des techniciens, le plus souvent des infirmières, tout en se chargeant d'interpréter les résultats et d'émettre les diagnostics<sup>24</sup>. Les ORL considèrent souvent les audiologistes comme une version améliorée de ces techniciennes et ils entendent leur confier le même type de travail. Cette demande, et la hiérarchisation qu'elle suppose, devient une source de frictions car, pour ne pas se

---

21. Service d'orthophonie-audiologie, *Dépistage des troubles de l'audition et de la parole en milieu préscolaire montréalais*, Montréal, ERUM, 1968, 17 p.

22. Benfante a été formée à l'Université d'Iowa. P.-v. de la SOAPQ, 28 mai 1965 et 29 mai 1969; Huguette Benfante *et al.*, *op. cit.*, p. 3; Manon Jeanotte et Monique Lemay, *op. cit.*, p. 17.

23. P.-v. de la SOAPQ, 10 mars 1966, 10 novembre 1967 et 5 février 1971.

24. Comparer avec Peter Twohig, *Organizing the Bench*, *op. cit.*

laisser enfermer dans la seule manipulation d'appareils, plusieurs audiologistes prétendent au contraire au droit d'interpréter les résultats et de poser eux-mêmes les diagnostics<sup>25</sup>.

Les membres pourvus d'une formation universitaire poussée, comme Huguette Benfante, défendent cet accès direct à l'établissement de diagnostics en avançant que des diagnostics fiables exigent des épreuves supplémentaires, comme des tests d'audiométrie vocale ou de discrimination auditive, qu'un audiologiste est seul apte à réaliser. Il n'y a d'ailleurs aucun hasard au fait que les recherches menées à l'hôpital Maisonneuve par Benfante et son équipe portent sur la création du matériel nécessaire à l'exécution de ces tests, et cette activité n'est sans doute pas étrangère à la prise de contrôle rapide du service de Maisonneuve par les audiologistes qui y travaillent<sup>26</sup>.

L'issue normale d'un test audiométrique est la prescription d'une prothèse auditive. Pour cette raison, un contrôle étroit du diagnostic implique, en définitive, de prétendre au droit d'indiquer au patient la prothèse dont il a besoin. À l'échelle du système de santé, cependant, les audiologistes ne jouissent pas encore de la même crédibilité que les médecins pour poser de tels gestes et les faire reconnaître. Tant les compagnies d'assurance privées que les responsables du programme d'assurance-hospitalisation (souvent des médecins) hésitent à honorer les factures et les prescriptions signées par un audiologiste. De plus, là où la désignation des prothèses par l'audiologiste se fait le plus précise, elle provoque un malaise. En 1968, par exemple, la direction de l'hôpital Maisonneuve tente de proscrire l'habitude des audiologistes de spécifier jusqu'au « nom de la compagnie et le numéro de l'appareil, de même que le nom du vendeur » sur leurs prescriptions, un désaveu qui provoque l'ire de l'audiologiste en chef et des officiers de la Société<sup>27</sup>.

### 3. ÉCOLE DE QUÉBEC ET ÉCOLE DE MONTRÉAL

Somme toute, entre 1956 et 1970, le profil d'emploi des orthophonistes change peu. Les diplômées sont employées dans des hôpitaux au sein

25. P.-v. de la SLAPQ/SOAPQ, 20 mars et 31 mai 1963, 9 février 1968.

26. P.-v. de la SOAPQ, 15 mars et 5 avril 1968; Huguette Benfante *et al.*, *op. cit.*, p. 1-3.

27. Avec d'autres indices, cette réaction devant une exigence éthique qui peut nous paraître élémentaire laisse supposer que ces pratiques ne sont peut-être pas étrangères aux ORL non plus. P.-v. de la SLAPQ/SOAPQ, 31 mai 1963, 21 octobre 1966, 23 février 1967, 9 février, 15 mars et 5 avril 1968.

desquels elles rencontrent les patients qui leur sont référés par des médecins aux spécialités de plus en plus variées. La majorité des orthophonistes est concentrée au sein d'établissements de grande taille, et donc dans les principaux centres urbains du Québec. Cette dispersion rejoint celle d'autres professions paramédicales comme les physiothérapeutes et les ergothérapeutes. Moins connues, toutefois, et peut-être moins mises en valeur dans des services consacrés aux handicaps physiques, les orthophonistes demeurent de loin les moins nombreuses du lot: en 1971, on compte une centaine d'orthophonistes<sup>28</sup>, mais 415 ergothérapeutes et plus de 800 physiothérapeutes, les orthophonistes étant par ailleurs beaucoup plus concentrées au sein du réseau hospitalier<sup>29</sup>.

Même s'ils offrent une utile estimation, ces chiffres sont quelque peu trompeurs, car ils n'indiquent que les membres officiellement homologués sur les registres de la Société. Or, sis à Montréal, le comité de direction de la Société n'entretient que des contacts limités avec les orthophonistes qui travaillent ailleurs en province, même dans les villes les mieux représentées comme Sherbrooke (à cause du CHUS) et Chicoutimi (où l'Hôtel-Dieu-Saint-Vallier compte cinq orthophonistes en 1970)<sup>30</sup>.

Les contacts avec la ville de Québec sont encore plus ténus. La SLAPQ n'y compte qu'un seul membre en 1963, ce qui est fort étonnant étant donné les nombreux centres hospitaliers qu'on y trouve<sup>31</sup>. En vérité, le vide n'est qu'apparent, car il est au moins partiellement comblé par des spécialistes venus d'Europe et qui ne sont pas membres de la Société. On trouve dès 1960 la trace d'un praticien de la ville portant le titre belge de logopédiste. Dans les années qui suivent, des établissements comme le centre François-Charron, l'hôpital Saint-François-d'Assise et le Centre

---

28. Dont une douzaine d'hommes et 25 anglophones, SOAPQ, *Membres français et anglais en règle le 28 mai 1970*.

29. Gilles Dussault, «Les effectifs sanitaires au Québec», dans Jacques Dufresne *et al.* (dir.), *Traité d'anthropologie médicale*, 1985, p. 85-101. Comparer avec SOAPQ, Compte rendu d'une réunion groupant des associations ou corporations professionnelles travaillant en milieu hospitalier, 5 février 1970 et CESBES, ann. 8, p. 196-199, 382-388.

30. P.-v. de la SLAPQ/SOAPQ, 1<sup>er</sup> juillet 1964 et 25 mai 1970.

31. P.-v. de la SLAPQ, 10 septembre 1963.



hospitalier de l'Université Laval (CHUL) forment un bastion d'orthophonistes d'origine française ou plus tard de Québécois formés en France, comme David Roulin, employé du CHUL diplômé à Bordeaux en 1969, et Thérèse Paquet, qui complète sa formation à Lyon<sup>32</sup>.

Ces praticiens de tradition européenne sont majoritairement des hommes et ils travaillent en collaboration avec les ORL locaux. Certains écrivent des ouvrages dont les bibliographies comptent des références à peu près exclusivement françaises ou belges, à commencer par les écrits de Suzanne Borel-Maisonny, figure de proue de l'orthophonie hexagonale et dont l'œuvre maîtresse, *Le langage oral et écrit*, paraît en 1963. Les ouvrages imprimés au Québec dans les années 1960 sont édités aux Presses de l'Université Laval, et la Faculté des lettres de la même université compte alors dans ses rangs un petit nombre de professeurs dont il est impossible de savoir s'ils sont ou non orthophonistes, mais qui s'adressent dans leurs écrits aux «praticiens de la phonétique corrective» et qui entretiennent des liens académiques avec des chercheurs français<sup>33</sup>.

Les tenants de la tradition européenne se distinguent en employant des techniciennes, des «rééducatrices de la parole» formées par des orthophonistes pour assurer les aspects les plus simples de la rééducation, comme la répétition de syllabes. Ces rééducatrices sont au nombre d'une vingtaine en milieu hospitalier en 1967. Elles essaient aux alentours de Québec et même, toujours sous l'autorité d'orthophonistes, jusqu'à Trois-Rivières où le contact avec des praticiennes issues de l'Université de Montréal sera plutôt froid<sup>34</sup>.

Déplorant cet usage de «techniciennes» (il s'agit en fait souvent de jeunes diplômées en adaptation scolaire), les représentantes montréalaises de la SOAPQ manifestent beaucoup de méfiance à l'endroit des praticiens

32. Entrevue n° 9; David Roulin *et al.*, *Le développement du langage*, Ottawa, Laliberté, 1977, p. 207; Claude Langevin, *Les problèmes de langage à la maternelle*, Sainte-Foy, Les Presses de l'Université Laval, 1960, 55 p.

33. *Ibid.*; Jean-Denis Gendron, *Phonétique orthophonique à l'usage des Canadiens français*, Québec, Les Presses de l'Université Laval, 1973, p. 247-257 et *Phonétique pratique*, Québec, Les Presses de l'Université Laval, 1961, 77 p. Voir aussi les ouvrages plus tardifs de Jean-Guy Lebel, *Éléments de correction phonétique du français*, Québec, Centre international de recherche sur le bilinguisme, 1975, 54 p., et David Roulin *et al.*, *op. cit.*

34. CESBES, ann. 8, p. 196-199; entrevues nos 9 et 11.

formés en Europe, et répugnent à reconnaître leurs titres : Thérèse Paquet, ancienne rééducatrice qui revient de Lyon avec un diplôme en poche, ne sera ainsi, malgré ses demandes, ni reconnue par la Société ni inscrite dans ses annuaires pendant la période<sup>35</sup>.

Les divergences entre les milieux orthophoniques de Québec et Montréal ne se limitent pas à la reconnaissance des diplômes ou à l'usage des rééducatrices : on peut y voir la rencontre de deux traditions universitaires, américaine et européenne. Les écrits d'orthophonistes formés en Europe déplorent la prédilection américaine pour le traitement de la seule parole physique et mécanique au détriment de la communication proprement dite. Invoquant parfois Piaget, ces auteurs présentent le langage dans les termes d'une psychologie de l'intersubjectivité, tel Claude Langevin qui revendique comme objet d'intervention « le phénomène complexe qui fait qu'il s'établit une situation de communication entre deux personnes<sup>36</sup> ». En comparaison, les modèles américains de l'enseignement montréalais privilégient les problèmes moteurs de la voix et de l'articulation et dissocient clairement leur objet d'étude de la situation psychosociale du sujet<sup>37</sup>. À Québec fleurirait ainsi une pratique plus tournée vers la relation d'aide, intéressée aux problèmes sémantiques qu'on estime liés aux troubles de perception auditive et de mémoire phonologique (l'« engramme » de la « forme auditivo-verbale » des mots dans l'esprit) qu'évaluent les tests de Borel-Maisonny. Borel-Maisonny innove aussi en prolongeant l'exercice de la parole par des actions corporelles (« kinesthétiques ») et par l'usage d'histoires imagées, achevant de distinguer les praticiens de Québec d'une pratique montréalaise centrée sur les performances articulatoires et motrices<sup>38</sup>.

---

35. La méfiance se mue en acrimonie à l'occasion d'une visite de Borel-Maisonny à Québec en 1968. Entourée d'orthophonistes de la Vieille Capitale, la sommité française ignore superbement le milieu montréalais et déplore en entrevue à la SRC « l'absence » de spécialistes du langage au Québec. Aucun des orthophonistes présents ne corrige l'erreur et l'Université Laval profite de l'événement pour annoncer son intention d'ouvrir une « école d'Orthophonie » organisée selon le modèle européen, « afin de former des rééducatrices de la parole ». Le projet demeurera lettre morte, mais irrite les dirigeants de la Société. P.-v. de la SOAPQ, 20 mars 1963, 15 et 27 mars 1968; entrevue n° 9; annuaires de la CPOAQ.

36. Claude Langevin, *op. cit.*, p. 8-11, 18-19 et 49; David Roulin *et al.*, *op. cit.*, p. 14, 30-41, 49.

37. Voir notamment Charles Palmer et John Kidd (deux professeurs de Northwestern), *Speech and Hearing Problems*, Springfield, Thomas, 1961, p. 6-7, et Elizabeth Neidecker, *op. cit.*, 1980, p. 5-8.

38. Claude Langevin, *op. cit.*, p. 44-46; David Roulin *et al.*, *op. cit.*, p. 25 et 89-166; entrevue n° 9.

En clinique, ces différences sont toutefois plus atténuées qu'il n'y paraît. Les tenants de la tradition européenne consacrent en fait beaucoup de temps aux mêmes troubles d'articulation que leurs collègues de Montréal. Les auteurs de Québec eux-mêmes, lorsqu'ils quittent le domaine de la théorie pour celui des exercices pratiques, reportent leur attention sur des problèmes relatifs à la prononciation des phonèmes et dont les causes évoquées ont tout à voir avec des causes organiques et anatomiques plutôt qu'avec des désordres de l'intersubjectivité<sup>39</sup>.

Cette convergence inattendue s'explique par une situation hospitalière similaire d'un bout à l'autre de l'autoroute 20. Comme à Montréal, les seuls cas susceptibles d'être dirigés vers les hôpitaux de Québec sont liés à des problèmes d'ordre anatomique, comme des fissures palatines. Le recours aux rééducatrices de la parole permet bien la prise en charge, par technicienne interposée, de problèmes touchant directement l'articulation ou la parole, mais il ne s'agit alors que de cas mineurs, zézaïement et «petits retards<sup>40</sup>», qui ne justifient pas une intervention directe du spécialiste et encore moins une transformation des rapports professionnels à l'intérieur de l'hôpital.

#### **4. LA PRÉSENCE EN MILIEU SCOLAIRE**

On a vu que, contrairement aux États-Unis, l'orthophonie au Québec durant les années 1960 n'a pas d'assise solide dans le système scolaire et apparaît d'abord dans les hôpitaux. Les orthophonistes québécoises ne se destinent pas non plus aux établissements pour enfants sourds, bien que certaines personnes intéressées à l'audiologie entretiennent des contacts avec les instituts des Clercs de Saint-Viateur, présents à Montréal et, après 1961, à Charlesbourg. L'orientation hospitalière distingue aussi l'orthophonie québécoise de ce qui se fait en France, où il est courant de voir des orthophonistes travailler dans des domaines spécifiquement scolaires comme la dyslexie. En guise de comparaison, la seule orthophoniste engagée à la

---

39. David Roulin, *op. cit.*, p. 55-88; Claude Langevin, *op. cit.*, p. 12-15, 32; Jean-Denis Gendron, *op. cit.*, 1961 et *op. cit.*, 1973, p. i-ii, 12-22 et 252; entrevue n° 9.

40. Entrevue n° 9.

Commission des écoles catholiques de Montréal (CECM) au cours de la décennie, en 1963, travaille, à l'école Victor-Doré, auprès de cas de déficience motrice, comme la paralysie cérébrale<sup>41</sup>.

Cela s'explique par le fait que la présence d'orthophonistes en milieu scolaire sert souvent de prolongement aux services hospitaliers existants. C'est le cas dans la région de Québec: l'usage de rééducatrices suscite bien une présence en scolaire plus rapide et plus forte qu'à Montréal, mais les techniciennes ne prennent en charge que les «petits cas» et ne peuvent référer à l'hôpital que les gros cas, de nature anatomique, admis là-bas. Bien que des services de stimulation du langage soient ainsi assurés, l'activité scolaire à Québec n'offre aux orthophonistes qu'une filière de référence de plus pour leur activité hospitalière, sans modifier celle-ci<sup>42</sup>.

À Montréal, la situation est différente: l'absence de techniciennes ne permet pas de connecter directement le milieu scolaire au milieu hospitalier. L'école, la commission scolaire se présentent donc plutôt comme une zone franche, dont la clientèle n'a pas encore traversé le filtre des priorités médicales. Les tournées annuelles de dépistage organisées dans les écoles par Huot dès 1957 pour familiariser ses stagiaires avec la clientèle enfantine offrent un exemple éloquent: alors même que les physiatres de l'École voient dans ces tournées un moyen potentiel d'augmenter les références vers leurs services<sup>43</sup>, Huot et ses étudiantes privilégient au contraire des cas qui s'éloignent considérablement des priorités de la médecine physique pour faire plutôt la prospection de problèmes spécifiquement langagiers comme le bégaiement, l'articulation pure et la discrimination auditive<sup>44</sup>.

C'est d'ailleurs dans le dépistage de ces problèmes que les étudiantes et leurs superviseuses montrent le plus d'enthousiasme. Usant de tests formels adaptés de l'américain, les stagiaires n'identifient, dans les classes

---

41. Elle est d'ailleurs financée par le ministère des Affaires sociales. José Pouliot, *Quelques bornes de l'orthophonie scolaire: de la préhistoire au 3<sup>e</sup> millénaire*, Montréal, CSDM, 2003, p. 8; rapports annuels de l'Institut Raymond-Dewar (IRD), 1982-1983, p. 23; 1990-1991, p. 1; 1996-1997, p. 1-2; 1998-1999, p. 5; 1999-2000, p. 6-7; CESBES, ann. 12, t. 5, p. 1355-1360.

42. CESBES, ann. 8, p. 196-199; David Roulin *et al.*, *op. cit.*, p. 7-8; Claude Langevin, *op. cit.*, p. 52; entrevue n° 9.

43. En 1959, le Dr Maurice Mongeau cherche à faire engager une orthophoniste au Service de santé de Montréal à cette fin; lettre de Maurice Mongeau à Adélar Groulx, 15 janvier 1959, et lettre d'Adélar Groulx à Maurice Mongeau, 28 janvier 1959.

44. SOA, *op. cit.*; lettre de Germaine Huot à Adélar Groulx, 18 mars 1958, lettre de André Turbide à Treflé Boulanger, 26 mars 1962.

visitées en 1967, que 35 % d'enfants «normaux», contre plus de 31 % montrant un «léger retard» et 21 % (un sur cinq !) souffrant d'un «problème important» qui «nécessite» une consultation<sup>45</sup>. Outre la pression normative exercée par les tests, ces résultats attestent une foi solide des étudiantes en l'urgence et le bien-fondé de leur activité. En plus du rôle de la section et de son enseignement clinique, ils témoignent aussi de l'usage des tests objectifs dans la formation d'une culture professionnelle qui se justifie par le poids des problèmes traités. Surtout, l'importante prévalence attribuée à ces problèmes privilégiés tranche avec la relative rareté des troubles anatomiques ou même auditifs, dont le traitement est nécessairement hospitalier<sup>46</sup>.

Les stagiaires de l'École, et même les orthophonistes en général, ne sont pas les seules à sonder la clientèle scolaire pour y éprouver et promouvoir de nouveaux diagnostics. Huot, quelques années après son renvoi, se joint à la commission scolaire Sainte-Croix où elle participe à des recherches sur «l'aspect physiologique des difficultés d'apprentissage scolaire<sup>47</sup>». Ailleurs, l'initiative vient d'acteurs hospitaliers désireux d'approcher une clientèle enfantine : l'hôpital Sainte-Justine ouvre ainsi, en 1963, le Centre d'audimutité de Montréal pour «démontrer la nécessité d'intervenir de façon précoce» auprès des enfants audimuets<sup>48</sup>. Le Centre propose dès 1967 des services scolaires pour la population de son programme, qui réunit les représentants de plusieurs jeunes spécialités, dont des neurologues, des orthophonistes-audiologistes et des ergothérapeutes.

Petit à petit, quelques orthophonistes s'aménagent une place en milieu scolaire. En 1967, la Société recense des orthophonistes à la CECM et à son pendant protestant, le Protestant School Board of Greater Montreal, ainsi qu'à la commission scolaire de Lachine, en plus de quelques cliniciennes hospitalières travaillant auprès des écoles de Chicoutimi. Ces praticiennes continuent de travailler en centre hospitalier ou sont en tout cas rémunérées par le ministère des Affaires sociales, mais certains indices montrent que leur pratique s'éloigne des priorités médicales, au point d'en pousser certaines à revendiquer leur appartenance directe au milieu

---

45. SOA, *op. cit.*

46. *Ibid.*

47. «Allocution de Mme Huot», *loc. cit.*

48. P.-v. de la SOAPQ, 3 décembre 1963; Mireille Gauthier *et al.*, «Modèle de service du CAM», Association québécoise pour les enfants dysphasiques (AQEA), *Actes du colloque sur l'audimutité*, Montréal, AQEA, 1994, p. 91-96.

scolaire ou encore à s'inquiéter de « l'ingérence des psychopédagogues<sup>49</sup> » dans leur pratique courante. Non homologuée par la Société, une équipe d'orthophonistes intervient même spécifiquement en matière de dyslexie à la commission scolaire de Chambly<sup>50</sup>. Il est impossible de dresser un portrait précis des années qui suivent, mais il semble que d'autres postes s'ouvrent après 1967 et l'on sait que, en 1971-1972, la CECM engage trois orthophonistes supplémentaires en quelques mois à peine<sup>51</sup>.

Trop de données manquent pour parler, à l'instar d'une dirigeante de la SOAPQ en 1969, d'un réel essor de l'orthophonie scolaire. Ce qui est certain, cependant, c'est que la Société qui, jusque-là, accordait peu d'attention au milieu scolaire, commence à s'y intéresser. Entre 1967 et 1971, le bureau de direction sonde ses membres et crée un comité de travail sur le sujet, dans la foulée du rapport Parent qui porte l'enseignement à l'avant-plan de l'actualité et qui a déjà entraîné, en 1964, la création du ministère de l'Éducation. Même si l'émergence de l'orthophonie scolaire est un phénomène bien réel, un certain engouement et les exigences de la rhétorique, alors que la Société espère obtenir du nouveau ministère un statut officiel, poussent peut-être les représentants de la Société à surestimer l'importance du « boom scolaire » dans la profession. Ainsi, même si la Société fait état en 1970 d'un nombre croissant d'orthophonistes payées directement par les commissions scolaires, on sait que le phénomène reste marginal et que plus de 100 des 107 membres inscrits cette même année ont toujours un lien d'emploi direct avec le réseau de la santé<sup>52</sup>.

L'extension en milieu scolaire, en dehors du monde médical, illustre bien la rencontre entre un contexte social et une quête professionnelle pour des populations et des champs d'exercice non partagés. Elle sert également

---

49. P.-v. de la SOAPQ, 14 novembre 1966.

50. P.-v. de la SOAPQ, 27 janvier et 14 novembre 1966, 18 janvier et 23 février 1967. Même si le travail avec les dyslexiques est un bon indicateur de la pratique en milieu scolaire, il n'est pas impossible que des programmes aient pu se développer en milieu hospitalier, ainsi que le suggère la possible présence dans l'entourage de l'orthophoniste d'« aides-orthoptistes », des techniciens en ophtalmologie pouvant être mis à contribution en matière de dyslexie en vertu de théories qui lient le mal à des troubles oculaires ou neurologiques touchant la vue. Au début du siècle, un synonyme médical de la dyslexie était d'ailleurs l'expression « *word-blindness* ». Voir: CESBES, ann. 12, t. 5, p. 1355-1360; T. Miles et Elaine Miles, *Dyslexia*, Buckingham, Open University Press, 1999, p. 1-14.

51. P.-v. de la SOAPQ, 3 novembre 1969; José Pouliot, *op. cit.*, p. 8.

52. P.-v. de la SOAPQ, 13 décembre 1967, 3 et 11 novembre 1969, 26 janvier, 2 février, 27 février et 25 mai 1970, 5 février 1971, 2 avril 1971; SOAPQ, *Compte-rendu d'une réunion groupant des associations ou corporations professionnelles travaillant en milieu hospitalier*, 5 février 1970.

d'amorce au spectacle d'une Société qui, discrète jusque-là, saisit vite cette matière neuve pour se donner la substance d'un acteur politique. Cet épisode nous ramène au rôle et à l'activité de la petite corporation, dont il nous reste à raconter l'histoire au cours des années 1960.

## 5. LA PROFESSION ET SA SOCIÉTÉ (SLAPQ/SOAPQ)

Il ne faut jamais oublier que, au Québec entre 1956 et 1970, l'orthophonie-audiologie ne rassemble pas plus de quelques dizaines de personnes. La SLAPQ compte bien de 150 à 155 membres en 1961, mais seulement parce qu'elle rassemble en son sein, comme on l'a dit, plusieurs médecins et observateurs aux intérêts divers. Très tôt, cependant, les registres de la Société distinguent les membres réellement diplômés en orthophonie-audiologie et les membres associés issus d'autres disciplines. Le nombre d'orthophonistes-audiologistes en titre paraît alors bien petit, n'atteignant que 38 ou 39 à l'été 1964. Il s'élève tout de même graduellement, passant à 50 en 1965, à 75 en 1967 pour enfin dépasser la centaine et s'établir à 107 au printemps de 1970, la proportion d'hommes variant entre 10% et 15% de l'effectif total tout au long de la période<sup>53</sup>.

L'effectif de la Société, modeste par sa taille, semble pourtant rassembler la grande majorité des orthophonistes-audiologistes formées à Montréal. À l'École de réadaptation, en effet, le recrutement reste modeste. Malgré un objectif initial de neuf candidates, la section d'orthophonie-audiologie n'accueille dans ses premières années que cinq ou six étudiantes par an, et n'atteint la dizaine de recrues qu'en 1963. De plus, malgré des résultats globalement satisfaisants, le succès demeure inégal selon les cohortes et certains groupes connaissent beaucoup d'échecs ou d'abandons: en 1961, un seul diplôme est décerné. On peut ainsi estimer que la communauté orthophonique n'accueille en moyenne que de quatre à huit nouveaux membres par an entre 1957 et 1963, après quoi la récolte annuelle, qui inclut dès lors les quelques diplômées de l'Université McGill, dépasse de peu la douzaine de diplômées. Ces nombres et cette progression correspondent assez bien à la trajectoire inscrite dans les registres de la Société, ce qui laisse entendre

---

53. P.-v. de la SLAPQ/SOAPQ, 13 juin et 3 octobre 1961, 22 février 1962, 5 octobre 1964, 19 avril, 28 mai et 5 novembre 1965, 16 juillet 1966, 29 mai 1969, 27 février et 25 mai; SOAPQ, *President's Annual Report*, 3 p., 25 mai 1967; SOAPQ, *Membres français et anglais en règle le 28 mai 1970*, 1970.

que la grande majorité des nouvelles diplômées montréalaises s'y inscrivent rapidement et demeurent inscrites par la suite. La Société représente ainsi la quasi-totalité de la profession, disons à 10% près, à l'exception notable des orthophonistes «européens» de la ville de Québec, qui ne sont jamais plus d'une dizaine, et les rééducatrices, au nombre d'au moins une vingtaine en 1970<sup>54</sup>.

Le faible achalandage de la section d'orthophonie-audiologie, alors même qu'explorent les inscriptions en ergothérapie et physiothérapie<sup>55</sup>, s'explique par l'ignorance du public quant à l'existence même de l'orthophonie, par des exigences scolaires élevées par rapport aux autres professions comparables, par la visibilité limitée de la profession dans le travail hospitalier et par l'intérêt décroissant que lui portent le Dr Gingras et ses collègues à mesure que leur grand projet physiatrique prend l'eau. Le petit nombre de diplômées assure au moins le placement des nouvelles diplômées, d'autant que plusieurs d'entre elles ne travaillent que quelques années avant que le mariage ne mette un terme à leur vie active<sup>56</sup>. Le roulement de personnel qui en découle prive cependant l'orthophonie de cliniciennes de carrière dont l'œuvre bonifierait le statut de la profession<sup>57</sup>.

Fréquentée par des membres de la bonne société montréalaise, la Société est encore au début des années 1960 presque exclusivement anglophone : à l'assemblée générale du 13 juin 1961, par exemple, le bureau de direction ne compte qu'une seule membre francophone, Édith Beaulieu, et la feuille de présence ne compte que deux francophones sur plus de 25 noms. Les réunions et les conférences ont lieu en anglais, qui est aussi la langue des procès-verbaux. Rapidement, cependant, l'afflux de francophones formées à

---

54. Lettres de G. Gingras aux directrices de collèges féminins, 20 janvier 1956; lettre de G. Gingras à M. Mongeau, 1<sup>er</sup> juin 1960; lettre de E.J. Lennon à G. Gingras, 3 octobre 1961; ERUM, tableau de la diplomation, 10 décembre 1970; *Annuaire de la FMUM*, 1959; p.-v. de la SOAPQ, 19 avril et 28 mai 1965; CESBES, ann. 8, p. 196-199.

55. L'achalandage de la section d'orthophonie-audiologie double, alors que le nombre total d'inscriptions à l'École est multiplié par six au cours de la période, passant en moyenne de 28 à 170 entre 1955 et 1969. Le poids relatif de la section au sein de l'École passe alors d'environ 20% à un peu moins de 10% au cours de la période; voir Johanne Collin, *op. cit.*, p. 373.

56. D'autres réorientent leur carrière, comme Mme Louise Sauriol ou encore Mme Pere Richards, qui quitte son emploi en 1963 pour enseigner l'histoire dans un collège classique; p.-v. de la SOAPQ, 3 décembre 1963.

57. Voir lettres de G. Gingras aux directrices de collèges classiques, *op. cit.*; lettre de M. Mongeau à C. Godfrey, 26 avril 1960; lettre de G. Dufour à G. Gingras, 29 avril 1960, lettre de E.J. Lennon à G. Gingras, 5 février 1963; voir Nadia Fahmy-Eid *et al.*, *op. cit.*



l'École entraîne une francisation des pratiques, la parité de la représentation et l'inversion de l'équilibre linguistique : comptant encore pour la moitié des membres en 1964, les orthophonistes anglophones n'en représentent plus que le quart après 1967 et désertent peu à peu les assemblées où c'est dorénavant leur tour de réclamer l'usage équilibré des deux langues<sup>58</sup>.

D'un club d'affinités de notables anglophones, la Société se transforme ainsi au cours des années 1960 en corporation de praticiennes majoritairement francophones. L'évolution est conforme aux projets de la fondatrice Cardozo, et ne provoque pas de conflits entre les professionnels diplômés et les autres. Comme on l'a déjà dit, cependant, la barrière de la langue sépare aussi des traditions et des contextes de pratique différents, les orthophonistes anglophones travaillant plus étroitement auprès des ORL. L'écart avec l'expérience des francophones en place est d'autant plus marqué que les principales membres de la direction qui sont de langue française sont presque toutes issues des services de réadaptation, accentuant une ligne de clivage qui provoque parfois quelques éclats<sup>59</sup>.

Ces rivalités ne sapent cependant pas l'intérêt des membres, qui assistent en grand nombre aux assemblées générales, s'y présentant toujours dans une proportion de 50% ou plus tout au long de la période<sup>60</sup>. Cette participation exclut évidemment les praticiens de tradition européenne. Elle est facilitée par une faible dispersion des diplômées de l'École à l'extérieur de Montréal, si ce n'est dans les importants bastions de Sherbrooke et de Chicoutimi. Elle s'explique également par les grands projets de la Société, qui entreprend une démarche d'incorporation de la profession et cherche ensuite à faire respecter ses privilèges.

## 6. UN PROJET DE CORPORATION

Jusqu'en 1961, le rôle de la Société se limite à l'organisation du congrès annuel. Le 29 janvier 1962, cependant, l'assemblée générale adopte une décision d'une grande portée : craignant une législation prochaine sur la pratique professionnelle de la part de l'État provincial, la Société prendra les devants

---

58. P.-v. de la SLAPQ/SOAPQ, 13 juin et 19 décembre 1961, 31 mai et 12 juin 1963, 16 juillet 1966, 10 novembre 1967, 29 mai 1969, 26 janvier, 27 février et 25 mai 1970; SOAPQ, *Membres, op. cit.*

59. P.-v. de la SOAPQ, 28 septembre, 5 octobre et 4 décembre 1964, 19 janvier et 19 juin 1965.

60. P.-v. de la SOAPQ, 3 mai 1962, 31 mai et 23 novembre 1963, 22 mai et 5 octobre 1964, 5 novembre 1965, 21 octobre 1966, 25 mai 1967, 29 mai 1969, 3 novembre 1969.

et déposera à l'Assemblée législative un projet de loi privé dans le but d'obtenir l'incorporation de la profession et un monopole légal sur l'exercice de l'orthophonie-audiologie pour les seuls membres de la Société<sup>61</sup>.

Cette entreprise se combine à une vague de fond qui commence alors à secouer l'univers des professions québécoises. En effet, alors que l'octroi d'une corporation professionnelle et des droits qui s'y rattachent est demeuré une chose relativement rare jusqu'alors, on remarque que ce privilège est sollicité (et obtenu) par pas moins de dix-sept groupes professionnels au cours des seules années 1960, y compris, dans l'entourage de la santé, par les diététistes, les travailleurs sociaux, les psychologues et les techniciens en radiologie<sup>62</sup>. Pour vendre le projet à leurs membres, les dirigeantes de la Société citent l'exemple des psychologues et des travailleurs sociaux, qui ont déjà obtenu leur incorporation, et elles invoquent la possibilité d'obtenir des conditions salariales comparables à ces deux professions. Dans les années qui suivent, c'est d'ailleurs l'enjeu salarial qui retient le plus l'attention de la Société<sup>63</sup>.

Un autre objectif est d'assurer aux audiologistes le plus grand contrôle possible sur les examens audiométriques. C'est dans cet esprit que la Société, forte des encouragements de quelques médecins qui offrent leurs conseils à titre de particuliers, dépose en 1962 son projet de loi, qui devient le *bill* 138. Le projet n'entend pas limiter les prérogatives des médecins dont la forteresse corporative est de toute manière inexpugnable. Il proscriit cependant toute autre pratique autonome en matière de langage et d'audition, une volonté d'interdiction qui vise directement les «acousticiens», des techniciens spécialisés en prothèse acoustique et dont la formation, en l'absence de programme officiel de formation, demeure disparate et souvent artisanale. Les acousticiens, qui plus est, tiennent souvent un commerce de vente des prothèses auditives dont ils recommandent l'achat, ce qui, du point de vue des audiologistes, représente un cas patent de conflit d'intérêts<sup>64</sup>.

61. P.-v. de la SLAPQ, 3 octobre et 19 décembre 1961, 29 janvier, 22 février, 3 mai et 12 décembre 1962, 31 mai et 23 novembre 1963, 20 avril 1964; voir Manon Jeanotte et Monique Lemay, *op. cit.*, p. 35.

62. Nadia Fahmy-Eid *et al.*, *op. cit.*, p. 147-148.

63. P.-v. de la SLAPQ/SOAPQ, 31 mai et 23 novembre 1963; voir 22 mai et 1<sup>er</sup> juillet 1964, 19 janvier et 21 septembre 1965, 22 septembre, 21 octobre et 7 décembre 1966, 6 avril, 8 septembre et 8 novembre 1967, 2 février et 21 décembre 1970, 11 janvier, 22 février et 2 avril 1971; SOAPQ, *President's Annual Report*, *op. cit.*

64. Assemblée législative, *Bill 138*, Roch Lefebvre, 1962. Comparer à la situation des pharmaciens à la même époque, Johanne Collin, *Changement d'ordonnance*, *op. cit.*, p. 110-114.

Cette éviction radicale des acousticiens au profit d'une profession qui n'a pas encore dix ans d'âge au Québec peut tout de même paraître précipitée. L'octroi aux audiologistes d'une pratique officiellement autonome contrevient en tout cas aux souhaits de l'Association des ORL, qui vise plutôt la subordination des audiologistes à leur propre pratique médicale. Les représentants ORL exigent d'être consultés, puis louvoient et retardent la démarche en reportant leur réponse. Le projet de loi est déposé malgré tout, mais l'opposition de l'Association lui est sans doute fatale car il ne survit pas à la première lecture et est rejeté par l'Assemblée législative dès le printemps 1962<sup>65</sup>.

Le coup est dur, d'autant que la Société a dû emprunter de l'argent et exiger de ses membres une contribution financière spéciale pour payer les 2500\$ nécessaires au dépôt d'un projet de loi privé<sup>66</sup>. Le bureau de direction de la Société prend cependant acte de l'expérience et travaille, dès les mois qui suivent, au dépôt d'un second projet de loi. Cette fois, on veut agir avec prudence, d'autant que des divergences surviennent entre les membres anglophones et francophones quant à l'ampleur des précautions à envisager<sup>67</sup>. On s'entend d'abord pour jeter du lest en accordant aux acousticiens le droit d'effectuer des tests. On recueille aussi d'avance l'avis des acteurs concernés. L'Association des hôpitaux du Québec refuse d'emblée de soutenir le projet de loi, craignant sans doute une augmentation des salaires. La Société obtient la neutralité du Collège des médecins, mais l'Association des médecins annonce son opposition au projet et c'est dans un climat de rupture que le bureau de direction décide, en juin 1963, de faire parvenir le projet de loi à l'Assemblée législative<sup>68</sup>.

D'autres délais sont à prévoir. Inquiets de l'absence de nouvelles, les membres du comité directeur de la Société réalisent au printemps suivant que le sous-ministre qui devait faire transiter le dossier à l'Assemblée législative, un médecin du nom de Gélinas, en a plutôt transmis le texte

---

65. P.-v. de la SLAPQ, 22 février, 3 mai, 15 mai et 27 mars 1962; CESBES, t. 2, p. 653.

66. P.-v. de la SLAPQ, 25 octobre et 7 novembre 1961, 4 janvier 1962 et 3 mai 1962.

67. Les documents consultés à la Société n'en font pas état, mais selon Jeanotte et Lemay qui ont interviewé Huot et Cardozo, les membres anglophones, formées aux États-Unis et souvent munies du seul baccalauréat, sont particulièrement anxieuses de protéger leur statut d'emploi, alors que les dirigeantes francophones souhaitent surtout assurer leur autonomie en milieu de travail. Voir Manon Jeanotte et Monique Lemay, *op. cit.*, p. 35-36.

68. P.-v. de la SLAPQ/SOAPQ, 5 mars et 3 mai 1962, 20 mars, 31 mai et 12 juin 1963, 18 septembre 1964; CESBES, ann. 12, t. 2, p. 660-661.

à l'Association des ORL dont il endosse les demandes de modification. Toujours prudent, le bureau de direction choisit le compromis et accepte d'apporter des retouches, tout en se méfiant des mesures carrément dilatoires de l'Association<sup>69</sup>. Une fois les modifications apportées, le compromis semble acquis, mais, juste avant le dépôt à l'Assemblée législative, le bureau de direction de la Société constate avec effroi que le texte a été modifié à nouveau pour prévoir rien de moins que la supervision du travail des orthophonistes-audiologistes par les ORL ! Il faut l'envoi au Parlement de Germaine Huot en tant que diplomate de choc, et son intervention devant l'Assemblée et le premier ministre Lesage, pour rétablir *in extremis* la situation. Le projet de loi est finalement déposé le 3 juin 1964; il franchit rapidement les trois lectures et est sanctionné le 16 juillet suivant. Ainsi qu'il était prévu, la loi réserve l'exercice de l'orthophonie-audiologie aux seuls membres de la Société, qui prend le nom de Société d'orthophonie et d'audiologie de la province de Québec (SOAPQ)<sup>70</sup>.

La sanction du projet de loi 138 fait du Québec la deuxième province canadienne, après le Manitoba, à offrir une reconnaissance officielle à ses orthophonistes, suivant en cela de nombreux États américains et précédant la France qui légifère en ce sens en 1965<sup>71</sup>. Dans les années qui suivent, la Société sert de modèle aux associations d'orthophonistes qui commencent à s'organiser ailleurs au Canada, de même qu'en Grande-Bretagne et en Caroline du Nord. Les principales leaders québécoises jouent dans ces années un rôle de chef de file à l'échelle canadienne: alors que l'infatigable Germaine Huot contribue à l'établissement de services d'orthophonie

---

69. Une fois apportés par la Société les changements mineurs demandés par les ORL, l'avocat de l'Association argue que ces modifications doivent forcer la Société à reconsulter ses membres. La Société craint que tous ces délais ne l'empêchent de déposer son projet à temps, ce qui la contraindrait à reprendre à zéro son processus de consultation interne. P.-v. de la SLAPQ, 27 avril et 22 mai 1964; Manon Jeanotte et Monique Lemay, *op. cit.*, p. 36.

70. Notons que, en plus des médecins, les acousticiens peuvent encore outrepasser cette exclusivité. Il n'est pas inutile de le rappeler dans la mesure où des orthophonistes-audiologistes d'aujourd'hui décrivent fréquemment le paradis perdu des années 1964-1973 comme un régime de totale exclusivité. CESBES, ann. 12, t. 2, p. 653; Assemblée législative, *op. cit.*, art. 2, 7, 9, 14; p.-v. de la SLAPQ/SOAPQ, 24 février, 27 avril, 22 mai et 1<sup>er</sup> juillet 1964; Comité d'audiologie..., *op. cit.*, p. 10-11; P. Delisle, «Germaine Huot, récipiendaire du Mérite 1996 du CIQ», *Fréquences*, 1997, 9, 2, p. 7.

71. En 1965, une douzaine d'États américains n'ont pas encore accordé l'incorporation, dont il n'est pas non plus fait état dans aucun pays européen non francophone. Voir: Office des professions du Québec (OPQ), *Les professions au Canada*, Québec, OPQ, 1991, p. 59; CESBES, ann. 12, t. 5, p. 1355-1360, 1479-1480; Elizabeth Neidecker, *op. cit.*, 1980, p. 2-4.

dans d'autres provinces, Mary Cardozo, avec l'aide de représentantes du Manitoba et de la Colombie-Britannique, fonde en décembre 1964 la Canadian National Speech and Hearing Society. Cette association, qui obtient ses statuts officiels en 1967, compte environ 200 membres au début des années 1970, bien qu'elle se manifeste peu en territoire québécois<sup>72</sup>.

L'aspect le plus original de la loi québécoise demeure l'exigence d'une scolarité de maîtrise pour pouvoir pratiquer. Aux États-Unis, il s'agit bien de la norme promue par l'ASHA mais, en 1965, seuls quatre États américains exigent effectivement un diplôme supérieur au baccalauréat; en France, la majorité des programmes se limitent à un diplôme de premier cycle. Il faut attribuer la percée québécoise au militantisme de la SOAPQ qui voit dans cette exigence, outre un moyen d'éviter une chute au rang de technicien, un outil de clôture professionnelle assez souple pour favoriser: «*expansion rather than restriction*<sup>73</sup>». Cela dit, la visée corporative de la Société en matière de formation reste purement légaliste au sens où elle n'entraîne pas de revendications pour une réforme de l'enseignement proprement dit. Ce thème, pourtant cher à Germaine Huot, n'est jamais abordé, et le bureau directeur n'accorde d'ailleurs qu'un appui tiède aux responsables successifs de la section d'orthophonie-audiologie de l'École dans leur bras de fer avec le Dr Gingras<sup>74</sup>.

Sur papier, la loi de 1964 accorde à la Société de notables pouvoirs de régulation et d'encadrement de la profession: gestion de l'admission, sanctions contre les membres et aussi fixation des honoraires professionnels. L'officialisation de son rôle régulateur pousse aussi la Société à exiger des étudiantes qu'elles paient leur cotisation pour être admissibles aux stages, ce qui ne va d'ailleurs pas sans heurts<sup>75</sup>. Même si l'incorporation n'entraîne

---

72. P.-v. de la SLAPQ/SOAPQ, 3 octobre 1961, 3 décembre 1963, 24 février, 20 avril, 22 mai, 1<sup>er</sup> juillet, 18 septembre et 4 décembre 1964; Louise Coderre *et al.*, *loc. cit.*; P. Delisle, *op. cit.*; Direction des services de santé, *op. cit.*, p. 1-3. La SOAPQ sert aussi de modèle pour le projet corporatif d'autres professionnelles québécoises, comme les ergothérapeutes et les physiothérapeutes. P.-v. de la Quebec Society of Occupational Therapists, 11 mars, 1<sup>er</sup> avril et 6 mai 1963.

73. P.-v. de la SLAPQ, 23 novembre 1963, 14 novembre 1966; CESBES, ann. 12, t. 2, p. 657-658; Joyce Taylor, *op. cit.*, p. 5.

74. P.-v. de la SLAPQ, 13 juin et 3 octobre 1961, 22 février et 7 mars 1962, 3 mars 1965, 22 juin 1966.

75. P.-v. de la SLAPQ/SOAPQ, 31 mai 1963, 29 mai 1969, 2 février, 28 mai, 20 et 25 juin 1970; *Communication des étudiants aux membres de la SOAPQ*, 27 février 1970; CESBES, ann. 12, t. 2, p. 655-656.

pas une avalanche de nouvelles inscriptions<sup>76</sup>, les responsabilités neuves entraînent une recrudescence d'activités au sein de l'association qui assoit son organisation matérielle, crée des comités et consolide ses contacts avec les membres par l'entremise d'un bulletin ou de sondages postaux<sup>77</sup>.

Tout ne va pas sans mal, car l'intensification du travail et la nécessité moindre de faire bloc permettent aux vieux clivages entre francophones et anglophones de se manifester au grand jour. Des comités se querellent, prolongeant des conflits devenus plus personnels qu'autre chose dans une désunion qui épouse souvent les contours du fossé linguistique. Les choses dégénèrent et, de putsch en démission, il semble que, pendant toute une année en 1968-1969, la Société n'ait plus ni présidence, ni réunion formelle, alors que la grogne s'intensifie chez les membres. Au printemps 1969, l'arrivée de nouveaux visages contribue à résorber les tensions. Les relations entre la Société et ses membres s'améliorent, les dirigeantes se consacrant dès lors à la revendication salariale et à la recherche d'un statut d'interlocuteur auprès des nouveaux ministères<sup>78</sup>.

---

76. L'exécutif de la Société fait bien état d'une augmentation du nombre de demandes, mais cette hausse est plutôt attribuable à la quantité accrue de nouvelles diplômées après 1963. P.-v. de la SLAPQ/SOAPQ, 1<sup>er</sup> juillet et 18 septembre 1964.

77. La Société sollicite en 1969 les associations d'ergothérapie et de physiothérapie pour le partage d'un secrétariat permanent, ce qui montre bien les liens étroits avec ces deux professions, qui ne seront cependant pas incorporées avant 1973. P.-v. de la SOAPQ, 4 décembre 1964, 19 avril et 28 mai 1965, 22 juin, 22 septembre et 18 novembre 1966, 8 et 10 novembre 1967, 7 octobre et 3 novembre 1969; Office des professions du Québec (OPQ), *L'évolution du professionnalisme au Québec*, Québec, OPQ, 1976, p. 15-16.

78. P.-v. de la SOAPQ, 28 septembre, 5 octobre et 4 décembre 1964, 19 janvier et 19 juin 1965, 29 mai et 3 novembre 1969, 25 mai 1970.

## DES MILIEUX DE PRATIQUE DIVERSIFIÉS (1968-1988)

### 1. AUDILOGISTES ET ACOUSTICIENS

À la fin des années 1960, la plupart des audiologistes partagent leur lieu de travail avec des ORL. La clinique type comprend un médecin spécialiste et deux ou trois audiologistes, en plus de quelques infirmières qui agissent à titre de techniciennes. On prescrit au patient une prothèse auditive avant de l'envoyer au bureau d'un acousticien-vendeur, souvent attiré à la clinique mais qui ne fait pas partie de l'équipe hospitalière<sup>1</sup>.

Les audiologistes entretiennent donc peu de rapports directs avec les acousticiens. Les rencontres, et donc les occasions de conflits, sont d'autant plus rares que ces derniers pratiquent le plus souvent dans de petites villes, alors que les audiologistes se regroupent dans les grands centres, ce qui réduit les risques d'empiètement. Pour cette raison, les conflits des années 1960 opposent surtout les audiologistes aux médecins ORL, tandis que les

---

1. Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, ann. 4, p. 109.

acousticiens se manifestent somme toute bien peu malgré les tentatives d'exclusion dont ils font l'objet de la part de la SOAPQ, et dont on a vu des exemples au chapitre précédent<sup>2</sup>.

Cet équilibre relatif s'effrite toutefois rapidement après 1968, et ce, pour deux raisons. D'une part, la SOAPQ et ses représentants audiologistes maintiennent la pression sur les « vendeurs de prothèses » et la menace qu'ils font peser sur l'autonomie de ces derniers est bien réelle. Lesdits « vendeurs » réagissent en se regroupant, en 1966, au sein de la Société des Acousticiens qui, en 1968, exige des audiologistes qu'ils abandonnent toute velléité de sélectionner la prothèse de leurs patients. La SOAPQ refuse et maintient ses positions en faveur du droit des audiologistes de prescrire une prothèse avec le plus de précision possible, inaugurant un conflit qui perdurera pendant des décennies<sup>3</sup>.

D'autre part, les acousticiens développent des rapports plus étroits avec les médecins ORL. Après l'introduction, en 1971, de l'assurance maladie et du paiement des médecins à l'acte, plusieurs ORL augmentent le volume de leur clientèle en laissant un maximum de latitude aux « vendeurs » pour consacrer le moins de temps possible à la supervision des prescriptions<sup>4</sup>. Certains médecins renforcent cette collaboration en invitant des acousticiens à travailler directement à l'hôpital pour y endosser le sarrau de technicien que refusent les audiologistes. L'Association des ORL défend ces pratiques malgré les récriminations de la SOAPQ et, au fil des années 1970, les médecins spécialistes scellent ainsi avec les techniciens-vendeurs

- 
2. *Ibid.*, p. 63-65, 109-110; p.-v de la SOAPQ, 27 mars 1962; Santé et Bien-être social Canada, *op. cit.*, p. 115; Comité d'audiologie de la CPOAQ, *op. cit.*, p. 11.
  3. La Société des Acousticiens est alors une association strictement privée et non pas, comme la SOAPQ, une corporation régie par une loi. *Ibid.*, p. 11-13; p.-v. de la SOAPQ, 10 mai 1968 et 11 novembre 1969; rapports annuels de la CPOAQ, 1972-1973, p. 11-12; 1984-1985, p. 12; 1987-1988, p. 8; 1991-1992, p. 5; CPOAQ, *Avis de la CPOAQ concernant les pratiques des audiologistes relativement aux prothèses auditives*, Montréal, CPOAQ, 1985, 4 p.
  4. De telles pratiques de la part de médecins spécialistes dans l'usage de leur personnel sont aussi au cœur des conflits entre les physiatres et les physiothérapeutes entre 1972 et 1980. Rémi Remondière, « Une naissance conjointe: l'émergence de la kinésithérapie en France et l'installation de la physiothérapie au Québec », *Canadian Bulletin of Medical History/Bulletin canadien d'histoire médicale*, 15 (1998): 170; Nadia Fahmy-Eid et al., *op. cit.*, p. 178-179. Paul-André Linteau et al. soulignent aussi l'impact du nouveau mode de rémunération des médecins après 1970, dans *Histoire du Québec contemporain*, t. 2, *Le Québec depuis 1930*, Montréal, Boréal, 1989, p. 644.



une alliance commode. Plusieurs audiologistes se plaignent à la SOAPQ de la faveur croissante de ces techniciens spécialisés qui en prennent de plus en plus large au sein des cliniques, au bénéfice des médecins<sup>5</sup>.

Jusque-là, pourtant, les audiologistes et la Société s'accommodaient bien des infirmières dans ce rôle de technicien. Ce qui gêne, en vérité, ce n'est pas tant l'existence de techniciens, mais l'octroi de ce rôle à des acteurs suffisamment spécialisés pour agir de manière indépendante. En témoigne la position officielle de la Société à ce sujet, élaborée entre 1968 et 1970: tout en admettant le nécessaire usage de techniciens, on demande aux cliniques de n'employer que du personnel formé sur place par l'audiologiste en personne. Il est surtout important, pour la Société, que cet entraînement ne compte «aucun cours théorique» et qu'il demeure du domaine de l'informel: un audiologiste ne devrait accepter de former un technicien que dans l'unique but de pouvoir combler un poste dans son entourage immédiat, et il est proscrit d'émettre un certificat qui aiderait le technicien à pratiquer en dehors de cette sphère d'influence restreinte<sup>6</sup>. De cette inoffensive définition du technicien idéal l'acousticien est évidemment exclu.

## 2. LA CORPORATION DES ORTHOPHONISTES ET AUDIOLOGISTES

Une fois ses bases stabilisées, la Société s'emploie prioritairement à établir un dialogue avec les divers organes du gouvernement provincial «pour que celui-ci se réfère à la Société pour tous les problèmes concernant notre profession<sup>7</sup>». L'obtention d'un tel statut d'interlocuteur, que ce soit auprès des ministères ou de la nouvelle Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), créée en 1969, ne va pas de soi. Les premières démarches sont tâtonnantes. Il est difficile d'avoir accès aux décideurs, et les problèmes orthophoniques soulèvent de toute manière peu d'intérêt

5. P.-v. de la SOAPQ, 10 mai 1968, 5 octobre, 9 novembre, 7 et 21 décembre 1970, 4 et 11 janvier, 5 et 22 février et 26 avril 1971; voir lettre de Baillargeon à L. Bergeron, 5 janvier 1971; rapports annuels de la CPOAQ, 1973, p. 11-12; 1974, p. 20-22; 1976, p. 14; 1978, p. 19; 1981, p. 12; 1985, p. 12; 1986, p. 11; 1987, p. 10; André-P. Contandriopoulos, *op. cit.*, p. 4-6; Santé et Bien-être social Canada, *op. cit.*, p. 119 et 141; CPOAQ, *Mémoire de la CPOAQ sur la problématique de l'appareillage auditif*, Montréal, CPOAQ, 1988, p. 33 et 40.

6. P.-v. de la SOAPQ, 16 février et 15 mars 1968, 2 février, 27 février et 9 novembre 1970; Comité des relations professionnelles et économiques, 1<sup>er</sup> décembre 1970.

7. P.-v. de la SOAPQ, 23 février 1967.

chez les fonctionnaires et les gouvernants. Pire, les quelques initiatives publiques en matière de langage et d'audition répondent d'abord aux vœux des médecins, alors que les représentantes de la SOAPQ sont complètement ignorées. En 1967-1968, par exemple, Québec distribue un important lot d'audiomètres sans que la Société en soit jamais mise au courant et, en 1970, une enseignante de l'École se plaint qu'un rapport gouvernemental sur ce même sujet «ne mentionne pas les audiologistes<sup>8</sup>».

Sur le plan politique, le statut officiel et légal de la corporation se révèle d'une faible utilité. Régime de privilèges plutôt que de droits, l'accumulation de lois particulières qui fait alors office de système professionnel au Québec offre en fait bien peu de recours à une profession de petite taille et exclue des rapports de force. De 1968 à 1973, on cherche donc des solutions de rechange. Comme les principaux objectifs de la Société concernent les salaires et la stabilité d'emploi, le bureau de direction envisage un instant la participation à un éventuel syndicat de paramédicales, aux côtés d'autres professions aux préoccupations similaires, comme la diététique. Le projet, cependant, tourne court, tant pour des raisons pratiques qu'en raison de «l'idée péjorative<sup>9</sup>» des professionnelles envers les syndicats, dont elles boudent d'ailleurs ostensiblement les actions.

Après 1970, la Société revient donc à la voie corporative et présente un nouveau projet de loi destiné à renforcer la position des orthophonistes-audiologistes face aux médecins et aux vendeurs de prothèses. Les promoteurs du projet affrontent directement la Société des Acousticiens qui tente au même moment de faire sanctionner son propre projet de loi privé. Cette course aux lois particulières tourne cependant vite court, car tous les projets de ce type, y compris des requêtes par les infirmières et les physiothérapeutes, sont mis en suspens par l'Assemblée nationale. Dès 1970, en effet, le gouvernement travaille déjà au projet d'une refonte radicale du système professionnel québécois en un seul et même corps de lois<sup>10</sup>.

- 
8. P.-v. de la SOAPQ, 23 février et 6 avril 1967, 15 mars 1968, 25 juin, 12 décembre et 21 décembre 1970, 11 janvier 1971; CPOAQ, *L'orthophonie-audiologie, un besoin en milieu scolaire*, 1977, Montréal, CPOAQ, p. 4.
  9. P.-v. de la SOAPQ, 9 février et 5 avril 1968, 22 janvier, 5 février, 29 avril, 25 mai et 26 octobre 1970, 5 février 1971.
  10. P.-v. de la SOAPQ, 10 mai 1968, 9 septembre et 11 novembre 1969, 5 février 1971; SOAPQ, *Communication des étudiants aux membres de la SOAPQ*, 27 février 1970; Assemblée législative, *Bill 267 (projet). Loi des orthophonistes et des audiologistes du Québec*, 1971, Québec, Roch Lefebvre.

Ce remaniement à venir du régime professionnel n'est qu'une facette de l'ambitieuse réforme de la santé pilotée par le gouvernement provincial entre 1970 et 1974. Après l'adhésion du Québec au plan canadien d'assurance maladie en 1970 et le dépôt graduel des documents de la commission Castonguay-Nepveu, le monde québécois de la santé connaît en effet d'importantes transformations. L'une d'elles est le paiement centralisé des actes médicaux par la RAMQ; une autre est la concentration au sein d'un nouveau ministère, le ministère des Affaires sociales (MAS) institué en décembre 1970, de toutes les responsabilités des anciens ministères de la Santé, de la Famille et du Bien-être social. C'est donc dans le même esprit de centralisation et d'harmonisation que l'État entend uniformiser la structure des corporations professionnelles en les intégrant à une loi unique qui régirait toutes les professions.

La simplification des mœurs professionnelles n'est pas l'unique but de la manœuvre. En réécrivant la loi, Québec cherche aussi à faciliter le remplacement de certains spécialistes par des techniciens qui coûtent moins cher dans le but de réduire les coûts de la santé, désormais supportés par l'État. À cette fin, les législateurs répartissent les professions en deux listes: les groupes professionnels au champ d'exercice exclusif, qui jouiront d'un réel monopole légal sur leur pratique, et les professions dites à titre réservé, à qui la loi n'accordera une exclusivité que sur l'usage de leur nom, sans autre protection<sup>11</sup>.

Provocateur, le projet de loi, déposé en 1971, déplait à presque tout le monde au point où son adoption doit être reportée. Tous n'y sont pourtant pas défavorables. L'opposition vient en fait surtout de groupes de médecins<sup>12</sup> inquiets de l'autonomie accordée à des groupes paramédicaux, dont l'orthophonie-audiologie et la physiothérapie dont on craint qu'elles pourraient un jour supplanter l'action médicale. Un intense lobbying précède donc la ratification finale de la loi, qui est finalement entérinée en 1973 sous le nom de *Code des professions*. Sur papier, du moins, les orthophonistes-audiologistes sortent perdantes de ce grand jeu politique: alors que la profession apparaissait à l'origine sur la liste sélecte des groupes à champ d'exercice exclusif, les pressions médicales l'en ont chassée pour la reléguer

---

11. Jean Turgeon et Hervé Anctil, «Le Ministère et son réseau public», dans Vincent Lemieux *et al.* (dir.), *Le système de santé au Québec*, Sainte-Foy, Les Presses de l'Université Laval, 1994, p. 79-81 et 97.

12. Comme le Collège des médecins, présidé depuis 1966 par nul autre que Gustave Gingras.

au second groupe, celui des professions à titre réservé. À partir de 1973, les orthophonistes ne jouissent donc plus d'un monopole légal que sur leur nom, et plus du tout sur leur pratique<sup>13</sup>.

L'abrogation de la loi de 1964 cause un choc aux membres de la profession qui, encore aujourd'hui, y voient un désastre historique et la perte d'un statut privilégié. On peut toutefois en nuancer la portée: la loi 138 n'assurait en effet aux orthophonistes-audiologistes aucune véritable protection contre leurs seuls concurrents réels, soit les médecins et les acousticiens. Elle n'avait pas non plus empêché la prolifération de techniciennes qui, paradoxalement, se feront beaucoup plus rares après 1973. En fait, il est difficile d'évaluer l'impact direct du Code des professions sur la situation concrète des cliniciennes. Il est par contre certain que son adoption donne un élan nouveau à la Société, qui prend à cette occasion le nom de Corporation professionnelle des orthophonistes et audiologistes du Québec (CPOAQ).

Outre la relative uniformisation des statuts professionnels, le Code des professions prévoit aussi la création d'un Office des professions du Québec (OPQ), auquel revient la gestion des règles professionnelles. Comme l'indique Marc Renaud, la mise sur pied de l'OPQ, et d'autres organismes régulateurs comme la RAMQ et la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST), favorise un partage beaucoup mieux défini des responsabilités entre l'État et les diverses corporations. À celles-ci, le Code délègue la régulation de tout ce qui concerne l'exécution des tâches cliniques en leur conférant un pouvoir accru de contrainte sur leurs propres membres, tant en matière de discipline que de formation ou de normes de pratique. Dans les années 1970, on voit ainsi la Corporation intensifier ses activités, multiplier les comités, mener des inspections auprès de ses membres et demander des comptes aux écoles universitaires<sup>14</sup>.

Pour justifier la délégation de tels pouvoirs à des entités corporatives, le Code attribue aux corporations le mandat explicite de protéger le public plutôt que leurs membres. La nuance peut paraître légère, puisque

---

13. OPQ, *op. cit.*, p. 59.

14. Marc Renaud, «Les réformes québécoises de la santé ou les aventures d'un État "narcissique"», Peter Keating et Othmar Keel (dir.), *Santé et société au Québec. XIX<sup>e</sup>-XX<sup>e</sup> siècles*, Montréal, Boréal, 1995, p. 195; Pierre Doray, Johanne Collin et Shanoussa Aubin-Horth, «L'État et l'émergence des "groupes professionnels"», *Canadian Journal of Sociology*, 29, 1 (2004): 89-91; rapports annuels de la CPOAQ, 1972-1973, p. 17-18, 27-29; 1973-1974; 1975-1976, p. 14; Gouvernement du Canada, Direction des services de santé, *Lignes directrices, op. cit.*, ann. C-9.

c'est depuis longtemps en se réclamant du bien public que la plupart des professionnels ont l'habitude d'étayer leurs revendications. Quoi qu'il en soit, les représentants de la CPOAQ usent vite de ce mandat pour exiger leur réintégration au club des groupes à exercice exclusif ou, dès 1971, pour menacer de poursuites judiciaires les praticiennes récalcitrantes ou «mal formées» qui se soustraient à leur autorité<sup>15</sup>. Cette nouvelle envergure de la corporation justifie aussi l'immixtion dans des domaines connexes à la profession: faute de pouvoir empêcher la création d'un programme technique en «audioprothésie» au cégep de Rosemont en 1981, la CPOAQ insistera pour garder un droit de regard sur le contenu de la formation afin de s'assurer de son caractère exclusivement technique<sup>16</sup>.

### 3. L'HÔPITAL ET LA RÉADAPTATION: DE NOUVEAUX TERRITOIRES

Toujours pour contrôler les coûts de la santé, les gestionnaires du nouvel État-employeur (puisque l'État supporte dorénavant la charge des budgets de soins) cherchent aussi à éviter les chevauchements entre les différentes disciplines. Par l'intermédiaire de grandes et de petites mesures, l'État exerce donc des pressions en faveur de la spécialisation respective de chaque profession.

Les programmes universitaires de formation sont particulièrement ciblés. Déposé en 1964, le tome II du rapport Parent exige des critères d'admission plus précis. Les commissaires recommandent notamment de ne plus accepter les diplômes d'études classiques comme condition d'entrée à la maîtrise<sup>17</sup>, poussant l'ERUM, qui veut préserver sa base de

---

15. P.-v. de la SOAPQ, 4 janvier, 11 janvier, 13 janvier, 5 février et 22 mars 1971; voir lettre de Baillargeon à L. Bergeron, 5 janvier 1971; rapports annuels de la CPOAQ, 1973-1974, p. 6; 1974-1975; 1976-1977, p. 9; CPOAQ, *Avis de la CPOAQ concernant les pratiques des audiologistes*, *op. cit.*; voir Marc Renaud, *op. cit.*, p. 199.

16. Au milieu des années 1990, les représentants orthophonistes-audiologistes contesteront auprès du ministère de l'Éducation l'introduction d'une épreuve synthèse pour les apprentis audioprothésistes, soulignant leur opposition à une trop grande activité d'abstraction et de théorisation par ces derniers. Rapports annuels de la CPOAQ, 1979-1980, p. 7 et 15; 1983-1984, p. 14; 1995-1996, p. 5; Comité d'audiologie de la CPOAQ, *op. cit.*, 9 mars et 19 octobre 1994; rapport annuel de l'Ordre des audioprothésistes du Québec (OAQ), 1995-1996, p. 8.

17. Gouvernement du Québec, *Rapport de la Commission royale d'enquête sur l'enseignement dans la province de Québec*, tome 2, *Les structures pédagogiques du système scolaire*, section A, «Les structures et les niveaux de l'enseignement», art. 221, p. 304.

recrutement, à créer un baccalauréat spécialisé comme étape préalable à la maîtrise professionnelle en orthophonie-audiologie. En 1969, la section d'orthophonie-audiologie de l'ERUM ouvre ainsi un programme de premier cycle dont l'implantation entraîne une très forte croissance des effectifs au sein du programme, alimenté en recrues par les nouveaux cégeps où s'est généralisée la formation scientifique. De 1969 à 1972, le nombre de nouvelles inscrites passe à quinze, puis à vingt et bientôt à une trentaine chaque année, portant l'effectif total de la section à plus d'une centaine d'étudiantes, au moment même où le recrutement des autres sections de l'École commence à décliner<sup>18</sup>.

Avec la fin des études de ces cohortes, les effectifs de la profession explosent et le nombre d'orthophonistes-audiologistes québécoises passe d'une centaine en 1970 à 230 en 1975 et à plus de 600 à la fin des années 1980, atteignant un ordre de grandeur inconnu jusque-là. Cette croissance, l'une des plus spectaculaires parmi les professions de santé, est proportionnellement analogue à celles de professions voisines comme la physiothérapie et l'ergothérapie qui restent toutefois beaucoup plus importantes en nombres absolus<sup>19</sup>.

L'explosion des effectifs a des impacts variés. D'une part, elle s'accompagne d'une féminisation encore accrue de la profession: d'environ 15% en 1970, la part des hommes parmi les personnes diplômées chute loin sous la barre des 10% et parfois même des 5%. D'autre part, ce déferlement massif de nouvelles praticiennes dilue l'importance relative

---

18. De 852 entre 1965 et 1969, le nombre total d'inscriptions à l'École tombe à 461 en 1970-1974 avant de remonter à 670 en 1975-1979; voir Johanne Collin, *op. cit.*, p. 373. Cette explosion des effectifs confirme le rôle central de l'Université de Montréal dans la formation d'orthophonistes-audiologistes au Québec, alors que la diplomation à l'Université McGill demeure limitée et variable et que le poids relatif de cette université dans la production annuelle de personnes diplômées passe de 22% en 1978 à 7% en 1984. Voir: tableau de la diplomation de l'ERUM, 10 décembre 1970; SOA, *op. cit.*, p. 1 et 24. SOA, *Projet de création d'une école d'orthophonie et d'audiologie*, janvier 1977, p. 4; SOA, *Évaluation*, *op. cit.*, p. 4; rapports annuels de la CPOAQ, 1977-1985; Manon Jeanotte et Monique Lemay, *op. cit.*, p. 23-24.

19. Avant 1980, les chiffres sont des estimations qui tiennent compte des praticiennes non inscrites à la Corporation. La CPOAQ ne compte ainsi que 185 membres en 1975, ce qui représente 80% des praticiennes selon l'OPQ. Voir les tableaux du membership tirés des rapports annuels de la CPOAQ; OPQ, *L'évolution du professionnalisme au Québec*, Québec, OPQ, 1976, p. 15-16 et 40; André-P. Contandriopoulos, *op. cit.*, p. 2-3. Voir aussi Gilles Dussault, «Les producteurs de services sociosanitaires», dans Vincent Lemieux *et al.* (dir.), *op. cit.*, p. 198 et 202; Dominique Gauchet, *Le maternage mal salarié*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 1983, p. 217.

de certains bastions hospitaliers de la première heure. C'est notamment le cas à Québec où, sans disparaître, les praticiens d'obédience européenne sont progressivement marginalisés, tant à l'échelle de la ville qu'au sein de leurs propres services<sup>20</sup>.

D'autres choses changent peu. L'augmentation numérique n'atténue pas le déséquilibre entre les villes et les régions éloignées, comme la Côte-Nord et la Gaspésie où il faut parfois attendre plusieurs années avant de remplacer une personne partie à la retraite. Pendant les années 1970, les nouvelles recrues sont presque toutes engagées à Montréal, tandis que Québec et Hull se partagent l'essentiel des effectifs restants. Il faut attendre la fin de la période, après 1984, pour voir l'embauche ralentir sur l'île de Montréal et se déplacer, presque totalement d'ailleurs, dans les régions directement environnantes de Laval, des Laurentides, de Lanaudière et de la Montérégie. Plus qu'à Montréal, les postes en région sont souvent précaires et à temps partiel, et on en ouvre fréquemment dans certains hôpitaux, comme à Beauceville en 1977, à la Cité de la Santé de Laval en 1978 ou à l'Hôtel-Dieu de Sorel en 1987, qui engagent une orthophoniste-audiologiste pour la première fois<sup>21</sup>.

La situation des orthophonistes-audiologistes en milieu hospitalier rappelle encore la période précédente. Les patients leur sont référés par le médecin spécialiste, qui détermine seul s'il y a lieu de consulter l'orthophoniste et qui réfère surtout les cas d'ordre anatomique dont il garde le contrôle. Bien que certains services d'audiologie se détachent progressivement des ORL et développent des rapports avec des médecins d'autres spécialités qui leur réfèrent directement des cas<sup>22</sup>, il reste que les rapports de force avec les médecins des grands hôpitaux changent finalement peu au cours des années 1970. La prise médicale semble particulièrement prégnante en matière de troubles de voix et de surdité: les médecins généralistes et les pédiatres réfèrent plus souvent ces cas à des confrères ORL qu'à des

20. Le mouvement de féminisation est généralisé à plusieurs programmes universitaires, la démocratisation des études supérieures venant en fait creuser les clivages de sexe entre les disciplines. Tableaux du membership tirés des rapports annuels de la CPOAQ; Johanne Collin, *op. cit.*, p. 383-384; Dominique Gauchet, *op. cit.*

21. Tableaux du membership tirés des rapports annuels de la CPOAQ; M.-C. Lisée, «L'orthophonie en Beauce: pas d'inondations en vue!», *Fréquences*, 11, 2 (1999): 18-20; Santé et Bien-être social Canada, *op. cit.*, p. 9; entrevues n<sup>os</sup> 6 et 11. Voir Gilles Dussault, *op. cit.*, p. 200.

22. Suzanne Crête, «Vue d'ensemble de l'organisation administrative en audiologie», CPOAQ, *Textes et résumés de textes*, *op. cit.*, p. 182-183.

orthophonistes-audiologistes, et l'intervention des dernières, quand elle est sollicitée, ne survient qu'après que le médecin spécialiste a déjà choisi d'admettre ou non le patient, arrêté son diagnostic et déterminé le choix du traitement<sup>23</sup>.

Le profil de la profession dans l'ensemble du réseau de santé ne manque pourtant pas d'évoluer, notamment dans le sens d'une différenciation croissante entre les audiologistes et les orthophonistes, ce qui nous force de plus en plus à parler séparément de chaque spécialité. Si les audiologistes continuent d'être embauchés très majoritairement en milieu hospitalier (on les retrouve dans une trentaine d'hôpitaux en 1974), bon nombre de jeunes orthophonistes, pour leur part, trouvent plutôt un emploi non pas dans les hôpitaux mais dans des centres spécialisés de réadaptation physique, suscitant un déplacement graduel du centre de gravité de la profession. Ces nouveaux établissements publics, dits de deuxième ligne, se multiplient rapidement après 1970 et accueillent les victimes de blessures physiques qui quittent l'hôpital pour entamer leur rééducation. Une mesure chiffrée des effectifs et des actes thérapeutiques illustre bien ce glissement de la pratique orthophonique et suggère que la profession trouve un nouvel élan en dehors des hôpitaux généraux.

D'un point de vue global, la transition paraît bien lente. En 1977, encore, 57% des orthophonistes-audiologistes travaillent toujours dans des hôpitaux, et seulement un maigre 12,5% dans les nouveaux centres de réadaptation. L'étude attentive des annuaires téléphoniques de la CPOAQ et d'observations statistiques impose cependant deux nuances. D'une part, les audiologistes étant presque entièrement concentrés dans quelques centres hospitaliers comme l'hôpital Maisonneuve, la proportion des orthophonistes qui travaillent dans les centres de réadaptation est plus grande qu'il n'y paraît. D'autre part, le total des chiffres dissimule une grande variété selon les régions. Dans certaines grandes villes, par exemple, où l'implantation de la profession date d'une ou de deux décennies, il est vrai que la croissance reste canalisée par les grands hôpitaux pionniers qui se sont assurés une position dominante sur leur territoire. C'est le cas du CHUL à Québec, où trois établissements monopolisent 72% des postes de la ville en

---

23. Rapport annuel de la CPOAQ, 1975-1976, p. 10-11; Direction des services de santé, *Directives cliniques en orthophonie et en audiologie*, Ottawa, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, 1980, p. xiii, 4-5; Santé et Bien-être Canada, *op. cit.*, p. 6-8, 12, 52-59, 87 et 105; *Réaction commune d'un groupe de dix corporations professionnelles*, 1983, p. 12-13.



orthophonie-audiologie; c'est aussi le cas de l'hôpital de Chicoutimi, qui compte trois des quatre postes d'orthophoniste-audiologiste au Saguenay-Lac-Saint-Jean et de l'hôpital Sainte-Justine et du Montreal Children's Hospital à Montréal, où cinq établissements comptent 53 % des postes. Dans les régions où l'implantation de l'orthophonie-audiologie est plus récente, toutefois, la structure d'emploi est très différente et les nouveaux postes ouvrent au contraire très majoritairement dans de jeunes centres de réadaptation, qui diffusent la pratique de l'orthophonie dans des zones laissées jusque-là plus ou moins vacantes. C'est notamment le cas en Mauricie, où la Clinique de réadaptation de Trois-Rivières engage à elle seule la moitié des orthophonistes de la région<sup>24</sup>. Malgré leur marginalité apparente, les centres de réadaptation se présentent ainsi comme le cœur des services orthophoniques dans plusieurs secteurs.

Les services des grands hôpitaux perdraient-ils donc, au cours des années 1970, leur quasi-monopole de la clientèle orthophonique? Leur croissance est pourtant régulière et leur poids relatif semble augmenter: entre 1969 et 1975, la part des unités de services situées dans les hôpitaux généraux passe de 47 % à 69 % et occupe plus de la moitié des praticiennes. Toutefois, au chapitre du nombre de visites dûment homologuées, on remarque que la part relative des hôpitaux diminue, passant de 47 % à 44 % pendant la même période, alors même que le nombre de lieux de services augmente. Le contraste est notable avec les centres de réadaptation: avec seulement 12,5 % des effectifs, ceux-ci voient leur part des visites passer de 11 % à 20 %, et même tripler en nombres absolus. De même, dans des centres de soins prolongés dont la part du personnel en orthophonie est pourtant négligeable, la part des actes officiels passe de 2 % à 9 % tout en décuplant en nombres absolus. Dans tous les cas, on fait pourtant état d'actes thérapeutiques comparables à ceux des hôpitaux et, dans ces derniers, les affectations changent peu, si ce n'est que le virage infantile des services en psychiatrie a fait chuter le nombre d'actes orthophoniques posés dans des services pédiatriques<sup>25</sup>.

Qu'indiquent ces chiffres? On ne saurait en déduire une charge de travail moindre dans les hôpitaux. Ils révèlent surtout que les patients reçus en centres de réadaptation ou de convalescence sont beaucoup plus souvent enregistrés comme des cas proprement orthophoniques, évalués,

---

24. Annuaire des membres de la CPOAQ, 1977.

25. Statistique Canada, *op. cit.*

sélectionnés et soignés par l'orthophoniste de manière autonome plutôt que dans un simple travail d'assistance au médecin. On peut ainsi supposer que, plus qu'à l'hôpital, les établissements de deuxième ligne offrent aux orthophonistes une plus grande autonomie, et donc l'opportunité d'approfondir des problèmes différents et dissociés du champ de la médecine. Significativement, cette liberté se manifeste d'ailleurs très vite par le diagnostic et la prise en charge, en réadaptation, d'une bien plus large palette de problèmes qui débordent rapidement le champ médical, comme la dysarthrie (trouble d'articulation d'origine non anatomique) ou la rééducation langagière des personnes aphasiques.

Cette trouée en deuxième ligne vers de nouveaux territoires cliniques s'explique par la pression de l'État québécois en faveur de la spécialisation des établissements. De fait, les suggestions du rapport Castonguay-Nepveu sur la santé, publié entre 1967 et 1972, ainsi que les directives du ministère des Affaires sociales après cette date engagent une conception de l'administration publique qui est dite systémique, empruntée aux courants contemporains des sciences de la gestion, et selon laquelle chaque type d'établissement doit se caractériser par sa complémentarité et donc par sa différence par rapport aux autres. Traduit en mesures concrètes (et budgétaires), ce postulat force les centres de réadaptation, qui doivent justifier leur financement, à se distinguer de l'hôpital pour mieux s'en présenter comme le complément<sup>26</sup>. Or, comme la domination médicale y est beaucoup moins marquée, les aspirations jusque-là négligées des paramédicales pour de nouvelles clientèles représentent pour ces centres une manière aisée et crédible de développer des créneaux distincts pour accueillir des problématiques sous-exploitées comme, en orthophonie, les entraves lexicales ou articulatoires qui n'ont pas une origine anatomique<sup>27</sup>.

La pression étatique à la spécialisation des établissements contribue donc à l'ouverture de territoires au moins partiellement dégagés des normes

---

26. Pierre Bergeron et France Gagnon, «La prise en charge de la santé au Québec», dans Vincent Lemieux *et al.* (dir.), *op. cit.*, p. 17-18; Pierre Bergeron, «La Commission Rochon reproduit les solutions de Castonguay-Nepveu», *Recherches sociographiques*, XXXI, 3 (1990): 361-364; Deena White, «The Rationalization of Health and Social-Service Delivery in Quebec», B. Singh Bolaria et Harley Dickinson (dir.), *Health, Illness and Health Care in Canada*, Toronto, Harcourt Brace, 1994, p. 90.

27. À ces milieux on peut ajouter l'Institut de réadaptation de Montréal, où la prise médicale décroît à mesure que se dissipent les visées fondatrices des physiatres; Danielle Choquette, *op. cit.*, p. 113-138; Statistique Canada, *op. cit.*; Suzanne Crête, *op. cit.*, p. 182; entrevues n<sup>os</sup> 2 et 11.

médicales hospitalières dans des centres de deuxième ligne voués à la rééducation. De plus en plus de diplômées trouvent ainsi de l'emploi dans ce genre de centre, comme le Centre de réadaptation de Trois-Rivières, l'Institution des Sourds de Montréal ou encore Villa Medica, un centre montréalais pour convalescents qui engage ses premières orthophonistes entre 1975 et 1977.

En offrant aux paramédicales un accès plus direct aux patients et la possibilité de poser par elles-mêmes un diagnostic, ces conditions permettent le déploiement de nouvelles filières de références, c'est-à-dire de nouvelles manières pour les orthophonistes de faire admettre les patients souhaités dans le circuit de la santé, de les référer à des collègues ou de recevoir les références de celles-ci. Dans les centres de réadaptation, les orthophonistes ne dépendent plus des médecins physiatres ou ORL pour recevoir des patients, et elles établissent plutôt des relations étroites avec des audiologistes en milieu hospitalier ou scolaire qui leur confient des cas. L'émergence de filières des audiologistes vers les orthophonistes prend aussi de l'importance dans d'autres types d'établissements : à l'Institution des Sourds de Montréal, l'audiologiste envoie ainsi des cas de problèmes auditifs à l'orthophoniste qui approfondit en thérapie les incidences articulaires et communicationnelles de la surdité ; inversement, on voit ailleurs des orthophonistes scolaires référer des cas à des audiologistes en milieu hospitalier. Enfin, des filières du même genre se développent dans des hôpitaux où des audiologistes ou certains médecins d'autres spécialités réfèrent des cas à l'orthophoniste. Le portrait général évolue ainsi dans le sens d'une autonomie accrue là où l'accès aux patients ne dépend plus des physiatres ou des ORL<sup>28</sup>.

Les centres de réadaptation physique ne sont pourtant pas exempts d'irritants. En effet, les orthophonistes s'y trouvent en minorité devant les physiothérapeutes et les ergothérapeutes, c'est-à-dire encore devant des experts de la rééducation motrice. À ce titre, les normes en place continuent de privilégier les problèmes moteurs, faisant parfois obstacle à l'admission et au traitement de problèmes non anatomiques. L'orthophoniste, dont le

---

28. Suzanne Crête, *op. cit.*, p. 182; entrevues n<sup>os</sup> 2 et 11; Rapports annuels de l'IRD, 1983, p. 11; 1986, p. 5-6; CPOAQ, *L'orthophonie-audiologie, un besoin, op. cit.*, p. 7-9; Canada, Santé et Bien-être social, Programme national d'amélioration de la productivité des hôpitaux, *Orthophonie et audiologie. Système de mesure de la charge de travail*, Ottawa, ministère des Approvisionnement et Services, 1987, p. 25-26; Canada, *Lignes directrices pour la pratique de l'orthophonie et de l'audiologie*, Ottawa, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, 1982, p. 23-34.

travail a peu d'impact sur la libération des lits, dispose donc de moins de ressources et ses thérapies, plus longues, sont fréquemment interrompues par le départ des patients dès qu'est obtenu le congé en physiothérapie. Qui plus est, les critères de financement de la RAMQ rendent délicate l'admission des cas désirés. Pour être admis, un patient doit en effet requérir les services de deux types de spécialistes : une exigence faite sur mesure pour l'orientation d'accidentés vers le duo physiothérapeute/ergothérapeute, mais qui laisse souvent en plan l'orthophoniste qui désire faire admettre des cas de problèmes de langage non moteurs. L'absence, néanmoins, des rivalités propres au milieu hospitalier facilite souvent l'aplanissement des obstacles bureaucratiques grâce à l'entretien, comme à Villa Medica, de bonnes relations avec la direction du centre<sup>29</sup>.

#### 4. UN CROCHET PAR LA PSYCHOLOGIE

À l'ERUM, la création d'un baccalauréat spécialisé, outre l'augmentation des effectifs, entraîne une refonte en profondeur de l'enseignement qui a pour effet notable d'affranchir complètement le programme de l'orbite de la psychiatrie. Après 1970, on évacue les contenus médicaux au profit de cours spécialisés, et les deux dernières années du baccalauréat sont consacrées pour plus de 60% à des cours inédits d'orthophonie et d'audiologie<sup>30</sup>.

Une petite révolution, cette spécialisation disciplinaire de l'enseignement est rendue possible par l'embauche, en réponse à la croissance des effectifs, d'un corps professoral important et stable, composé d'orthophonistes et d'audiologistes qui, dans une écrasante majorité, ne partagent pas les vues des directeurs-physiatres. L'arrivée d'enseignants très scolarisés, titulaires de Ph.D. décrochés aux États-Unis, accroît aussi l'autonomie de l'enseignement en permettant le rapatriement des cours les plus spécialisés, par exemple le cours de physique acoustique, donné jusque-là par un médecin et qui passe aux mains d'un audiologiste de la section à l'arrivée du jeune professeur Raymond Héту<sup>31</sup>. Parallèlement à ces événements, le

---

29. Rapports annuels de la CPOAQ, 1987-1988, p. 14; 1989-1990, p. 25; entrevues nos 2 et 11.

30. Pour plus de détails à ce sujet ou sur les événements qui suivent, voir Julien Prud'homme, *op. cit.*, p. 348-355. Voir aussi annuaires de l'ERUM, 1967-1976.

31. *Ibid.*

départ de Gingras, qui se faisait de moins en moins présent depuis 1970, entraîne la nomination de l'orthophoniste Louise Coderre à la tête de l'École de réadaptation.

Consécutives à ces embauches et à la hausse des effectifs étudiants, l'augmentation des besoins budgétaires convainc de plus la Faculté de médecine d'accorder, à la demande de Coderre, une totale autonomie administrative à la section d'orthophonie-audiologie en la détachant de l'École de réadaptation pour inaugurer, en 1978, l'École d'orthophonie et d'audiologie de l'Université de Montréal. Sous la direction de Coderre, cette latitude et des moyens financiers accrus permettent à la nouvelle école d'offrir l'agrégation à ses enseignants, qui peuvent dès lors s'adonner à la recherche subventionnée et à l'écriture d'articles scientifiques dont la production connaît une véritable explosion entre 1978 et 1988. Une part des subventions obtenues sert à l'embauche d'étudiants et, ainsi, à la reproduction d'un corps de chercheurs québécois dont quelques-uns développeront par la suite des activités de recherche en milieu clinique, notamment au centre hospitalier Côte-des-Neiges et à l'Institut de réadaptation de Montréal<sup>32</sup>.

De 1969 à 1980, l'École d'orthophonie et d'audiologie offre un enseignement théorique spécialisé beaucoup plus étoffé que ses homologues canadiennes. Dans cet enseignement rénové, signe d'une transformation en profondeur influencée par les tendances lourdes de la recherche américaine, le vocabulaire et les approches utilisés pour aborder le langage ne dérivent plus de la médecine, mais s'inspirent plutôt des percées récentes de la linguistique et de la psychologie. L'introduction de cours théoriques en psychologie, notamment, implante une nouvelle conception du langage qui est dorénavant appréhendé en termes de sémantique, de fonction symbolique et de cognition. Marquant une désaffectation à l'égard des troubles anatomiques, l'approche théorique développée à l'École après 1969 se rattache à la psychologie du développement, un volet de la psychologie qui tend à attribuer les problèmes langagiers à des déséquilibres mentaux ou affectifs, généralement qualifiés de «retards» dans une perspective développementale ou psychopédagogique<sup>33</sup>.

32. Annuaire des membres de la CPOAQ, 1983; Marie Julien et Dominique Labourel, «La rééducation des aphasiques: nouvelles approches», CPOAQ, *Textes et résumés*, *op. cit.*; p. 123-125.

33. Annales de l'ERUM/École d'orthophonie et d'audiologie (EOA), 1969-1982; Direction des services de santé, *Lignes directrices*, *op. cit.*, p. 11-12; Elizabeth Neidecker, *op. cit.*, 1987, p. 12-13 et 1980, p. 7-8; Lon Emerick et John Hatten, *Diagnosis and Evaluation in Speech Pathology*, Englewood Cliffs, Prentice-Hall, 1979, p. 131-141; Jon Eisenson et Mardel Ogilvie, *op. cit.*, p. 207.

Dès 1975, l'emploi de ce vocabulaire qualifie les diplômées pour une nouvelle clientèle, celle des services psychiatriques. Entre 1980 et 1983, les milieux psychiatriques, et surtout pédopsychiatriques, représentent ainsi près du quart des nouveaux postes créés en orthophonie au Québec<sup>34</sup>, ce qui étend encore l'activité orthophonique à de nouveaux territoires cliniques. Ces services sont alors en pleine expansion, comme à l'hôpital Rivière-des-Prairies où l'on engage des orthophonistes en grand nombre, au Centre psychiatrique de Roberval et à l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme, où les trois premières orthophonistes engagées par l'hôpital travaillent toutes en pédopsychiatrie<sup>35</sup>.

Sis en milieu hospitalier, ces services offrent aux orthophonistes une vaste palette de nouveaux patients qui présentent des problèmes de langage d'origine non anatomique, comme des problèmes de syntaxe ou de reconnaissance du vocabulaire. Leur expertise en matière psychiatrique permet aux nouvelles diplômées de s'approprier des cas jusque-là pris en charge par d'autres intervenants. En Beauce, par exemple, la première orthophoniste de la région prend le relais, en 1977, de la clinique psychiatrique d'un sanatorium tenue jusqu'alors par sœur Marie-Rose Gagné, «une petite religieuse dévouée<sup>36</sup>», pionnière surprenante et tenante des théories béhavioristes. Étrangères à l'autorité des ORL et des physiatres, ces cliniques offrent parfois une solution de rechange avantageuse aux postes traditionnels, comme pour l'orthophoniste Thérèse Paquet qui fait à cette époque le saut à la clinique de pédopsychiatrie de l'hôpital Sacré-Cœur de Québec en raison de l'absence de reconnaissance professionnelle par ses employeurs précédents<sup>37</sup>.

Après 1980, les orthophonistes présentes en milieu psychiatrique, comme les autres du reste, usent de plus en plus régulièrement du vocabulaire psychologique pour formuler leurs diagnostics et attribuer une étiologie, c'est-à-dire une cause, aux problèmes de langage rencontrés. On voit ainsi, dans la décennie qui suit, les orthophonistes québécoises attribuer majoritairement les problèmes d'articulation qu'elles diagnostiquent à des troubles

---

34. La proportion réelle est sans doute supérieure à cela, comme en témoigne le cas de deux orthophonistes travaillant à temps plein au service de pédopsychiatrie de l'hôpital Sacré-Cœur, mais qui ne se sont jamais enregistrées sous cette adresse.

35. Voir annuaires de la CPOAQ, 1978-1993; Diane Gauthier et Guy Légaré, «Le rôle de l'orthophoniste en milieu psychiatrique», dans CPOAQ, *Textes et résumés, op. cit.*, p. 95; entrevue n° 9.

36. M.-C. Lisée, *loc. cit.*

37. *Ibid.*; entrevue n° 9.

psychoaffectifs ou à des retards de développement décrits dans des termes empruntés à la psychologie. L'adoption de ce lexique, dégagé de la médecine anatomique, permet notamment aux orthophonistes de sélectionner leurs cas dans une population beaucoup plus large qu'auparavant<sup>38</sup>.

En principe, le poids croissant du savoir psychologique doit aussi influencer sur le cours des thérapies. Aux approches élaborées dans les années 1950, axées sur l'apprentissage successif des phonèmes (du type « pppp », puis « papapapa ») ou sur l'identification d'images pour soutenir les habiletés lexicales, est en effet censée se superposer une approche plus « conversationnelle », faite de conversations ouvertes et dont la visée est la communication « pure », dans le cadre d'échanges moins dirigés et en vertu de principes associés à la psychologie du développement et de la cognition<sup>39</sup>. Ces principes psychologiques ouvrent même de formidables perspectives aux spécialistes du langage, allant jusqu'à promettre d'englober la totalité des comportements humains dans des concepts élargis comme la « communication totale », en vertu desquels chaque geste significatif, et non pas seulement articulatoire, constitue un acte de communication.

Malgré ces promesses, les documents disponibles laissent toutefois entendre que, en dehors des termes diagnostiques, les préceptes psycholinguistiques n'ont qu'un impact limité sur la marche des thérapies elles-mêmes. S'il est vrai que l'évaluation du patient tient compte de sa situation sociale et de son état affectif, les tests les plus déterminants demeurent les épreuves vocales et auditives en vigueur depuis longtemps. L'intervention elle-même varie peu : les recommandations en vogue, comme les animations de groupe, sont rarement usitées et la thérapie garde souvent la forme d'un entraînement articulatoire ou lexical accordant peu d'égards au « contexte

---

38. Il est intéressant de constater que, dans la rédaction d'un document ministériel fédéral rédigé par des professeurs universitaires, c'est la consultation ultérieure de cliniciennes qui entraîne l'attribution des problèmes d'articulation à un « manque de stimulation et d'appui affectif au foyer ». Voir : Direction des services de santé, *Directives cliniques*, *op. cit.*, p. 9-10 et Santé et Bien-être Canada, *op. cit.*, p. 17 ; Évelyne Perras et Normand Gagné, *Les services d'orthophonie à l'école*, Québec, MEQ, 1987, p. 11-13.

39. On trouve des exemples de telles propositions dans le Programme Horstmeier, gros succès américain paru en 1975 et traduit à l'École d'orthophonie et d'audiologie de l'Université de Montréal par le professeur Raymond Hébert et une équipe d'étudiantes, avec le concours du Centre Hanen de McGill et du Service pédagogique de l'Université de Montréal ; DeAnna Horstmeier *et al.*, *Programme d'exercices de langage*, Montréal, CQEE, 1978, p. 9 ; Marie Julien et Dominique Labourel, *op. cit.*, p. 123-125 ; Santé et Bien-être Canada, *op. cit.*, p. 43-66.

de communication<sup>40</sup>.» Même lorsque des universitaires mettent au point les tests nécessaires à l'identification de cas de «communication pure», les praticiennes leur préfèrent des outils diagnostiques plus traditionnels ratisant une clientèle plus restreinte. Quand, par exemple, des chercheurs de l'École publient, en 1978, une batterie de tests qui, en promouvant une conception du langage inspirée de la psycholinguistique, regroupent des épreuves relatives à la «mémoire verbale» (phonologique) et à un vaste complexe de déficits syntaxiques et sémantiques, on remarque que les cliniciennes n'en retiennent surtout que les sections portant sur la mesure de l'articulation<sup>41</sup>.

On pourrait s'étonner que, malgré les promesses diagnostiques de la psychologie, les orthophonistes en milieu psychiatrique se limitent aussi souvent, dans les faits, à des cas articulatoires de moindre conséquence et la plupart du temps résolument moteurs. Les nombreuses récriminations d'orthophonistes à ce sujet laissent croire qu'il s'agit moins d'une absence de volonté que de la conséquence des obstacles professionnels qui, encore une fois, frustreront des orthophonistes de la clientèle qu'elles visent.

C'est l'autorité de diagnostiquer qui pose encore problème: en clinique psychiatrique, le fameux vocabulaire psycholinguistique que s'approprient les orthophonistes demeure malgré tout l'apanage principal, par définition, des psychologues et des psychiatres. Ce sont ces derniers qui gardent la main haute sur le tri des patients, leur diagnostic et leur référence, et qui se réservent les problèmes non anatomiques, y compris de résonance et de voix, dont les origines peuvent être dites psychiques ou psychologiques. Pas plus qu'en réadaptation physique, les orthophonistes en milieu psychiatrique n'exercent ainsi un véritable contrôle sur le type de population qu'elles rencontrent. Les patients sont admis par les psychologues ou les psychiatres, qui valorisent les cas de psychose, autisme, déficience mentale et autres «mésadaptations socioaffectives» qui tombent sous leur juridiction. Aux orthophonistes, on soumet surtout, et généralement de manière ponctuelle, les retombées secondaires de ces

---

40. *Ibid.*, p. 21-34; rapport annuel de la CPOAQ, 1987-1988, p. 6; Bernadette Buttiens, *L'aphasie congénitale*, Amos, AQEA, 1987, p. 23-24; CPOAQ, *Avis sur l'«Étude de pertinence en technique de rééducation du langage» présenté par le cégep d'Alma*, Montréal, CPOAQ, 1988, p. 15.

41. John Dudley et Jocelyne Delage, *TLDD*, Saint-Lambert, ABC, 1978, p. 14-17 et 27-29; Direction des services de santé, *op. cit.*, p. xiii; Nicole Lessard *et al.*, *Le devenir des enfants ayant fréquenté le CAM*, Montréal, RRSSS-Montréal-Centre/MEQ, 1999, p. 2.



cas et le travail orthophonique se borne alors à favoriser la thérapie des autres en atténuant les obstacles physiques à la communication<sup>42</sup>. Interprétée par les «psys», la notion de communication totale n'alimente donc que la pratique de ces derniers, et n'atténue guère le caractère moteur et résiduel du concept de langage tel que celui-ci reste dévolu aux orthophonistes.

Ces limites suscitent, encore une fois, l'insatisfaction de plusieurs orthophonistes qui se satisfont mal d'un tel rôle de soutien. Nombre d'orthophonistes ou de stagiaires en milieu psychiatrique critiquent les choix diagnostiques en vigueur («j'ai classé tout à l'inverse», «le critère de classement est assez superficiel<sup>43</sup>») de manière assez directe. Qui plus est, dans des cliniques où les «psys» sont susceptibles à la fois de refuser les cas articulatoires trop anatomiques et de garder pour eux les cas langagiers «de communication», il devient particulièrement difficile de se constituer une clientèle. Des cliniciennes cherchent constamment à soustraire des cas d'articulation au refus des psychiatres, tandis que d'autres considèrent les prétentions des psychologues sur la communication comme autant d'empiètements sur le territoire de l'orthophonie. À la fin des années 1980, c'est un lieu commun qu'expriment des cliniciennes de l'hôpital Rivière-des-Prairies quand elles déplorent à quel point «notre expérience et notre champ d'action sont méconnus même par les professionnels avec lesquels nous travaillons<sup>44</sup>».

---

42. Et parfois même en adoucissant les contacts avec les parents, l'orthophoniste pouvant paraître «moins menaçant que le psychologue». Dans les milieux pour adultes, les orthophonistes se taillent également une place en aidant les neurologues à déléster les cas d'aphasie des jugements moraux (confusion, par exemple) qui freinent leur médicalisation. Voir: rapports de stages des étudiantes de première année de l'EOA, 1981; rapport annuel de l'IRD, 1990-1991, p. 3; Diane Gauthier et Guy Légaré, *op. cit.*, p. 106. Voir aussi le regard rétrospectif de Michèle Morency et Cécile Chavy, *Troubles de langage et de communication versus troubles psychiatriques*, Rivière-des-Prairies, Hôpital Rivière-des-Prairies, 1989, p. 12-14, 23-25 et 35-38; entrevue nos 2 et 9. Voir DeAnna Horstmeier, *op. cit.*, p. 12-13; John Dudley et Jocelyne Delage, *op. cit.*, p. 14-17; Santé et Bien-être Canada, *op. cit.*, p. 32-36.

43. Rapports de stages des étudiantes de première année de l'EOA, 1981.

44. *Ibid.*; Michèle Morency et Cécile Chavy, *op. cit.*, p. 39.

## 5. L'IDENTIFICATION DES CAS: UN ENJEU POLITIQUE

Quels que soient les milieux, les principaux griefs des orthophonistes portent sur leur difficulté à se constituer une clientèle qui leur permette de s'épanouir comme spécialistes. Pour cette raison, la promotion de la profession et l'identification de problèmes orthophoniques chez des patients éventuels sont des choses intimement liées.

En leur conférant, comme on l'a vu, les pouvoirs et la légitimité nécessaires pour en faire des organismes de régulation efficaces, l'État provincial a constitué les corporations en véritables machines de combat politique. Dans les premières années de sa nouvelle existence, la CPOAQ a cependant de plus en plus de mal à mobiliser ses membres autour de thèmes ouvertement politiques comme les salaires ou l'organisation corporative, et les praticiennes rechignent à s'inscrire et à payer leur cotisation<sup>45</sup>.

Aux manœuvres étroitement politiques qui rappellent trop les coteries partisans dont sont souvent soupçonnées les corporations, les orthophonistes-audiologistes, en effet, préfèrent d'autres types d'actions. Les cliniciennes participent massivement, entre autres, aux campagnes de sensibilisation menées auprès du public. Au Salon de la Femme de 1974, par exemple, c'est près de cinquante praticiennes bénévoles qui se relaient au stand promotionnel de la profession. Ce type d'activités joue un rôle important, car les dépistages promotionnels menés ainsi de manière ponctuelle dans les écoles ou dans d'autres contextes représentent une rare occasion de référer des cas en clinique sans passer par les filières habituelles: au Salon de la Femme, 18% des personnes testées sur place sont ainsi dirigées vers un audiologiste en milieu hospitalier pour un examen<sup>46</sup>.

Au cours des années 1970, le droit de référer et de diagnostiquer des patients devient une question d'actualité pour l'ensemble des professions paramédicales, comme la physiothérapie ou l'ergothérapie. Dans certains milieux, le ton monte contre l'autorité des médecins, au moment où les représentants corporatifs médicaux incitent parfois agressivement leurs

---

45. En 1974, seulement 55% des orthophonistes-audiologistes en exercice sont enregistrées à la Corporation qui, malgré l'obligation légale en vigueur, ne regroupe pas la quasi-totalité des praticiens avant 1981. P.-v. de la SOAPQ, 9 février et 5 avril 1968; rapport annuel de la CPOAQ, 1976-1977, p. 10; tableaux du membership tirés des rapports annuels de la CPOAQ, 1973-1981.

46. P.-v. de la SOAPQ, 3 avril, 5 avril, 26 avril, 12 mai et 21 mai 1971; rapports annuels de la CPOAQ, 1972-1973, p. 13; 1979-1980, p. 17; Santé et Bien-être Canada, *op. cit.*, p. 6-8 et 12.

membres à « reprendre le terrain<sup>47</sup> » qu'ils jugent avoir indûment cédé aux nouvelles professions. Des groupes de paramédicales organisent des manifestations; en 1975, des physiothérapeutes de l'Institut de réadaptation de Montréal entament même une action en justice pour gagner le droit de prescrire elles-mêmes des traitements. Après 1980, les compressions budgétaires imposées par l'État aggravent encore ces tensions et rendent plus pressante l'aspiration de nombreuses paramédicales à jouer un rôle véritablement décisionnel auprès du patient.

À l'occasion de ces événements, la Corporation se rapproche de ses membres en modifiant son discours. À mesure que l'acte clinique, plutôt que les conditions de travail, devient le principal objet de lutte, les dirigeantes de la CPOAQ changent de stratégie et déplacent leur action vers les milieux cliniques en militant dorénavant auprès des administrateurs locaux. Plutôt que de ne s'adresser qu'à l'État, la Corporation fournit aussi aux cliniciennes elles-mêmes des outils pour se gagner leurs directions respectives, et enjoignent « chacun à pouvoir affronter des adversaires dans son milieu de travail<sup>48</sup> » et à tenir son rang dans la pratique quotidienne. De plus en plus, il semble entendu que la lutte pour le statut professionnel se jouera en bonne part au niveau local de l'activité clinique et que l'amélioration de la position des orthophonistes-audiologistes découlera moins des directives du ministère que de leur propre aptitude à identifier et à faire reconnaître une clientèle.

C'est dans ce contexte que, notamment entre 1973 et 1979, les professeurs et les étudiantes de l'ERUM se montrent particulièrement actives dans la production de tests diagnostiques. Ces tests, pour la plupart des adaptations en français d'épreuves américaines des années 1960, ont pour objet explicite d'établir, dans des domaines comme la voix et l'articulation, des normes de performance qui permettent d'identifier les cas problématiques qui nécessitent une thérapie<sup>49</sup>.

47. Voir Danielle Choquette, *op. cit.*, p. 89-92 et Nadia Fahmy-Eid *et al.*, *op. cit.*, p. 186-189.

48. Sans cesser, évidemment, de faire avancer les dossiers relatifs aux questions salariales. Rapports annuels de la CPOAQ, 1972-1973, p. 14; 1973-1974; 1975-1976, p. 9-10; 1979-1980, p. 6-10, 25; 1981-1982, p. 10, 17; 1982-1983, p. 25; 1987-1988, p. 3; Nicole Lessard et Évelyne Perras, « Organisation administrative en orthophonie », dans CPOAQ, *Textes et résumés*, *op. cit.*, p. 169.

49. Direction des services de santé, *Directives cliniques*, *op. cit.*, p. xiii-xv, 2; Santé et Bien-être social Canada, *op. cit.*, p. 5-10, 26-28 et 48; John Dudley et Jocelyne Delage, *op. cit.*, p. 7 et 17-30.

Des batteries de tests, comme le Test de Langage Dudley/Delage (TLDD) produit à l'École, innovent également, surtout en matière de langage non moteur et d'articulation «pure», en isolant et en présentant les difficultés d'expression des enfants sous forme de diagnostics de «langage» au sens orthophonique, plutôt que simplement psychologique ou psychiatrique. Dans le cas du TLDD, une certaine épuration méthodologique des données tirées des tests est assurée par le tamis scientifique d'une analyse factorielle dont la «caractéristique principale» est de «réduire les données» en une série finie de corrélations choisies et de «facteurs réorganisés<sup>50</sup>» aux dimensions des diagnostics propres à l'orthophonie.

Destinées à un usage clinique, ces reformulations méthodologiques, soucieuses de leurs racines scientifiques, n'entravent cependant jamais la capacité du test à remplir sa tâche essentielle qui est le diagnostic d'un problème. Dans le cas du test d'articulation du TLDD, par exemple, lorsque les usages savants de la statistique – on a «changé les scores en scores  $z$  ( $z = (x-x')/\sigma$ ) et établi une limite de chance de 5% ( $z = 1,65$ ), [etc.]» – ne se révèlent pas concluants, on n'hésite pas à les troquer pour un indicateur moins sophistiqué qui garantit la pose d'un diagnostic («les scores du Test d'articulation ayant trop de scores zéro..., nous avons décrété qu'un total de quatre erreurs ou plus déterminait un trouble de la parole<sup>51</sup>»). Ces tests font aussi l'objet d'un usage sélectif par les cliniciennes qui, comme on l'a vu dans le cas des cliniques psychiatriques, privilégient les diagnostics les moins difficiles à faire accepter selon leurs milieux de travail. Ainsi, malgré la globalité audacieuse et novatrice du TLDD et ses percées vers des définitions élargies du langage, on voit que le test le plus populaire de la batterie demeure le test d'articulation, bien qu'il reste, de l'aveu même de ses auteurs, le plus problématique de tous sur le plan scientifique. En clinique, les orthophonistes-audiologistes tendent aussi à délaisser les problèmes moins intéressants comme les cas de troubles de voix et de bégaiement qui, peu nombreux et sources d'échecs, deviennent, corrélativement, de moins en moins diagnostiqués<sup>52</sup>.

50. *Ibid.*, p. 7-13.

51. *Ibid.*, p. 31.

52. *Ibid.*, p. 11 et 27-29; Lon Emerick et John Hatten, *op. cit.*, p. 306-307; Direction des services de santé, *Directives cliniques, op. cit.*, p. 2; commissions scolaires Trois-Saumons, La Pocatière, L'Islet-Sud, *Expérimentation d'un service d'orthophonie pour trois commissions scolaires*, 1981, dossier non paginé; Évelyne Perras et Normand Gagné, *op. cit.*, p. 11-13; Robert Ladouceur, *Traitement du bégaiement chez l'enfant*, Québec, École de psychologie de l'Université Laval, 1988, p. 10-11; Santé et Bien-être Canada, *op. cit.*, p. 3, 8, 11 et 23-34.

Si elle paraît alambiquée et demeure pratiquement invisible dans les sources gouvernementales et corporatives, la question de l'identification des problèmes et de l'usage des tests est commune à l'ensemble des cliniciennes des milieux hospitalier, psychiatrique et de réadaptation. Comme on le verra dans les pages qui viennent, il s'agit aussi d'un enjeu primordial pour les orthophonistes, de plus en plus nombreuses dans les années 1980, qui travaillent en milieu scolaire.

## 6. DE L'HÔPITAL À L'ÉCOLE

Au début des années 1980, le nombre d'orthophonistes en milieu scolaire croît rapidement sur l'île de Montréal où les écoles créent 42% des nouveaux postes dans ce domaine entre 1977 et 1983. La pratique scolaire, même si elle demeure rare à l'extérieur de la métropole, devient du coup un secteur d'emploi important pour la profession et compte déjà, en 1982, pour 30% des postes d'orthophonistes au Québec<sup>53</sup>. Il n'est bien question que d'orthophonistes, car l'audiologie, elle, demeure marginale dans les écoles, malgré l'octroi de quelques postes à la CECM et bien que certaines praticiennes embauchées à titre d'orthophonistes mettent parfois à profit leur connaissance de l'audition<sup>54</sup>.

Dans un premier temps, la présence des orthophonistes en milieu scolaire demeure, comme dans la période précédente, une extension de leur travail hospitalier. Plusieurs cliniciennes, à Chicoutimi et à Trois-Rivières, travaillent à la fois en clinique et dans les écoles, et les programmes d'orthophonie scolaire les plus importants, comme celui du Centre d'audimutité de Montréal (CAM), sont issus de services hospitaliers (en

53. Dont les trois quarts sont situés dans la métropole. La part du scolaire au Québec demeure moindre qu'aux États-Unis, où plus de 40% des membres de l'ASHA travaillent dans les écoles; *ibid.*, p. 9; annuaires téléphoniques de la CPOAQ, 1977-1983; Jean-Claude Deschênes, «L'audiologie et l'orthophonie: vers de nouvelles approches», dans *Discours officiels du MAS, 1982-1983*, Québec, MAS, 1985, p. 163; Comité conjoint du MSSS et du MEQ, *Rapport du comité sur l'audimutité*, Québec, MSSS/MEQ, 1988, annexe V.

54. Évelyne Perras et Normand Gagné, *op. cit.*, p. 11-12; José Pouliot, *loc. cit.*

l'occurrence de l'hôpital Sainte-Justine). Ces services sélectionnent la même clientèle que dans les hôpitaux, notamment des enfants dont les difficultés d'expression découlent de problèmes d'audition<sup>55</sup>.

Cette seule transplantation de dynamiques hospitalières cesse lorsque l'État provincial structure un nouveau secteur d'intervention en prenant en main la scolarisation des enfants handicapés ou à problèmes. Bien que Québec ait déjà créé, en 1959, un Service d'étude pour les enfants «exceptionnels» et que le ministère de l'Éducation (MEQ) ait amorcé le dénombrement de ceux-ci dès 1964, ce n'est qu'en 1978 que le ministère produit un énoncé de politique sur ce qu'il appelle «l'enfance en difficulté d'adaptation et d'apprentissage». Fondé sur le droit de tous à poursuivre des études «dans le cadre le plus normal possible<sup>56</sup>», l'objectif déclaré du MEQ est alors le repérage et la prise en charge des élèves «exceptionnels» pour favoriser leur intégration aux écoles normales. L'application du programme est cahoteuse, mais la proportion d'élèves intégrés croît tout de même régulièrement, atteignant 71 % en 1983<sup>57</sup>. Québec obéit dans cette démarche à un scénario similaire à celui en cours aux États-Unis, où l'activisme de groupes de parents a mené, en 1975, à la ratification du *Education for All Handicapped Children Act* qui assure l'accès des enfants handicapés à l'éducation en rendant obligatoire une large palette de services, dont l'orthophonie<sup>58</sup>.

La population dite exceptionnelle explose dès le moment où l'on cherche à la circonscrire. Au Québec, alors que l'étiquette n'est officiellement accolée qu'à 0,28 % des élèves inscrits en 1960, cette proportion passe à 4,6 % en 1974 et à 6 % en 1985, tout en étant beaucoup plus élevée au primaire

---

55. *Ibid.*; commissions scolaires (CS) Lotbinière et Marie-Victorin, *Rapport final du projet «orthophonie»*, 1981, p. 5; Programme national d'amélioration de la productivité des hôpitaux, *op. cit.*, p. 21-26; Direction des services de santé, *op. cit.*, p. 4-5; CPOAQ, *L'orthophonie-audiologie, un besoin*, *op. cit.*, p. 12-16; Évelyne Perras et Normand Gagné, *op. cit.*; Liette Picard et Michel Clermont, *op. cit.*, p. 7 et 13.

56. Comité provincial de l'enfance inadaptée (COPEX), *L'éducation de l'enfance en difficulté d'adaptation et d'apprentissage au Québec*, 1976, p. 7-18; Conseil supérieur de l'éducation (CSE), *Réussir l'intégration scolaire des élèves en difficulté*, Québec, CSE, 1985, p. 1-10 et 35-36.

57. *Ibid.*

58. Dans le cadre d'une vague de changements dans le milieu scolaire américain que des «*speech therapists*» locales qualifient souvent de «*silent*» ou «*quiet revolution*». Voir Becky Cornett et Shelly Chabon, *The Clinical Practice of Speech-Language Pathology*, Columbus, Merrill, 1988, p. 17-31; Joyce Taylor, *op. cit.*, p. 13-20; Rolland van Hattum, «Introduction», *op. cit.*, p. 1-2; Jon Eisenson et Mardel Ogilvie, *op. cit.*, p. 22-24 et 205; Elizabeth Neidecker, *op. cit.*, 1987, p. xi, 6-9 et 1980, p. 10-11.

où elle atteint 7,7 % en 1974 et jusqu'à 11,2 % en 1985. En nombres absolus, le nombre d'élèves en difficulté d'adaptation et d'apprentissage recensés à l'intérieur du réseau scolaire bondit de 3350 en 1960 à plus de 20000 en 1964, pour franchir la barre des 93000 enfants en 1976, la population totale du réseau scolaire étant pour sa part en baisse constante depuis 1970<sup>59</sup>.

L'image évoquée est alors celle d'une brusque invasion d'enfants à problèmes. Une hausse aussi spectaculaire s'explique évidemment par l'admission d'enfants qui se voyaient auparavant exclus du réseau d'enseignement normal. Toutefois, le fait que le diagnostic des élèves conduise désormais à des services et à du financement éperonne aussi la référence diligente des enfants concernés.

Les premiers artisans de ce dénombrement sont des experts en psychopédagogie et en psychométrie à l'emploi du MEQ, qui tracent les contours d'un vaste marché de services spécialisés. L'accès à cette clientèle est cependant contrôlé et les orthophonistes québécoises, contrairement à leurs collègues étasuniennes, ne sont pas d'emblée invitées à participer. Le MEQ, en effet, cherche à éviter l'éclatement des spécialités déjà observable en santé, et réserve une majorité de postes à un nombre restreint des spécialistes clés comme les orthopédagogues et les conseillers en adaptation scolaire, qui ont pour mandat de coordonner les services autour d'une problématique proprement éducative plutôt que sanitaire. Si elles n'excluent pas les orthophonistes, les consignes du ministère minimisent leur rôle en les reléguant à une catégorie résiduelle, et *a priori* peu sollicitée, des « spécialistes de la vue, du langage et de la psychomotricité<sup>60</sup> ».

En vertu de ces directives, les premières réformes se traduisent moins par le développement de nouveaux services d'orthophonie que par le transfert des services hospitaliers existants vers les structures administratives des commissions scolaires, puis par leur déménagement dans des écoles spéciales. En 1979, par exemple, les services d'enseignement pour audi-muets de Sainte-Justine sont intégrés à la structure d'emploi de la CECM, puis transférés en 1986 dans les classes spéciales de l'école Charlevoix. À Québec, le Centre de l'ouïe et de la parole du CHUL déménage ses locaux, dès 1976, à l'école Saint-Albert-le-Grand dans Limoilou. En 1980, les

59. CSE, *op. cit.*; COPEX, *op. cit.*, p. 12-13, 59-60, 72-74 et 77; voir Robert Gagnon, *Histoire de la CECM*, Montréal, Boréal, 1996, p. 292-295.

60. *Ibid.*, p. 44-51, 362-363 et 403; rapport annuel de la CPOAQ, 1976-1977, p. 22; Claude Lessard et Maurice Tardif, *Les identités enseignantes*, Sherbrooke, CRP/FEUS, 2003, p. 197.

services scolaires de l'Institution des Sourds de Montréal se déplacent à l'école Gadbois, tandis que l'Institution offre des services dans les locaux d'autres commissions scolaires comme la commission scolaire Jérôme-LeRoyer, dans l'est de l'île<sup>61</sup>.

S'ils n'engendrent pas instantanément la création de nouveaux services, ces transferts permettent toutefois à des orthophonistes d'établir des contacts fructueux et d'étendre leur aptitude à suivre et référer des cas. Dans des endroits où il manque de places en hospitalier, les enfants diagnostiqués à l'hôpital par l'orthophoniste sont dorénavant envoyés dans des classes pour déficients intellectuels où des cliniciennes, parfois les mêmes, peuvent désormais accomplir leur suivi. L'accès à ces classes permet à des orthophonistes de dépister des cas de troubles de communication en nombre suffisant pour suggérer la création de classes uniquement spécialisées en langage. À Chicoutimi, par exemple, des orthophonistes de l'Hôtel-Dieu, qui portent depuis quelques années une attention particulière aux élèves d'une classe de déficience intellectuelle, parviennent à obtenir, en 1983, la mise sur pied d'une «classe de langage». En 1985, on constate des scénarios similaires à Sherbrooke et à Saint-Hubert, tandis que des orthophonistes de l'hôpital Sainte-Justine convainquent la CECM de réunir les élèves de leur liste d'attente en un seul groupe dont elles pourront s'occuper plus étroitement<sup>62</sup>.

## 7. DE NOUVEAUX SERVICES EN RÉGION

Ces changements, fermement arrimés à la pratique hospitalière, surviennent dans des capitales régionales comme Montréal, Sherbrooke ou Chicoutimi, où la présence orthophonique est déjà forte dans les hôpitaux. Ailleurs, cependant, l'émigration de l'orthophonie en milieu scolaire, fermement soutenue par des représentantes de la CPOAQ comme Évelyne Perras, joue un tout autre rôle en propageant la discipline dans des secteurs où on ne la trouvait pas encore.

Dans les régions qui entourent Montréal, le milieu scolaire reçoit ainsi 63% des nouveaux postes créés entre 1980 et 1983. L'embauche en scolaire suscite la première et seule présence orthophonique dans des territoires pourtant densément peuplés comme Beauharnois, Terrebonne,

---

61. Rapports annuels de l'IRD, 1982-1983, p. 14 et 23; 1983-1984, p. 12-13 et 19-20; 1984-1985, p. 17; 1987-1988, p. 9-13; Mireille Gauthier *et al.*, *op. cit.*; François Rousseau, *op. cit.*, p. 373; Comité conjoint du MSSS et du MEQ, *op. cit.*, annexe IV.

62. *Ibid.*



Saint-Hyacinthe et Granby; en Mauricie, les écoles assurent une présence inédite à Drummondville et Victoriaville, des villes jusque-là sous-desservies par rapport à Trois-Rivières. En peu d'années, le phénomène couvre plusieurs autres régions: entre 1977 et 1983, le milieu scolaire représente 50% des nouveaux postes créés au Bas-Saint-Laurent et en Gaspésie et, entre 1983 et 1990, 50% des nouveaux postes en Mauricie, 60% des nouveaux postes de la Côte-Nord et de l'Abitibi-Témiscamingue, et le seul nouvel emploi en orthophonie-audiologie au Saguenay-Lac-Saint-Jean. À titre de comparaison, le milieu hospitalier, qui, en 1983, était encore le principal pourvoyeur d'emplois en dehors de Montréal, ne représente plus, dans la décennie qui suit, que 21% des nouveaux postes<sup>63</sup>. Dans les années 1980, l'entrée dans les écoles de région devient ainsi le principal vecteur de diffusion de l'orthophonie à l'extérieur des principales villes.

Seules deux régions, l'Outaouais et l'Estrie, restent à l'écart de cette évolution. L'orthophonie en milieu scolaire continue de n'y occuper que la portion congrue et, corrélativement, la profession en général s'y développe moins qu'ailleurs. En l'absence d'emplois dans les écoles, ces régions assistent en contrepartie à l'essor particulier de cabinets privés d'orthophonie qui accueillent une clientèle d'âge scolaire, ce qui indique à la fois l'émergence d'une demande et une certaine rareté des opportunités d'emploi en dehors du milieu scolaire<sup>64</sup>.

Bien qu'elle soit massive à l'échelle de la profession, cette ouverture de postes dans les écoles en région n'a rien de systématique et ne s'opère pas sans effort. Elle n'a pas non plus les mêmes origines que dans les grandes villes. Dans plusieurs régions, elle résulte plutôt des initiatives locales de certaines orthophonistes logées dans les centres locaux de services communautaires (CLSC) et les départements de services communautaires (DSC). Mis sur pied par l'État provincial à partir de 1971, ces nouveaux établissements ont pour mission explicite de s'ouvrir aux plus récentes pratiques de santé. Tout particulièrement dans les milieux ruraux, les CLSC engagent des travailleurs sociaux, des hygiénistes dentaires ou des orthophonistes

---

63. Le phénomène est également déterminant dans la région de Laval. *Annuaire des membres de la CPOAQ, 1977-1993*; CPOAQ, *L'orthophonie-audiologie, un besoin*, *op. cit.*, p. 35; entrevue n° 8.

64. On reviendra au chapitre IV sur la question de l'orthophonie en cabinet privé. *Annuaire des membres de la CPOAQ, 1977-1993*; rapports annuels de la CPOAQ, comparer 1974, p. 9 et 1975, p. 9 avec 1985, p. 5; CPOAQ, *Services d'orthophonie dans les commissions scolaires*, Montréal, CPOAQ, 1994; Comité conjoint du MSSS et du MEQ, *op. cit.*, p. 9; entrevue n° 3.

qui visitent les écoles du coin pour y dépister des cas problèmes et suggérer des interventions. Ces visites stimulent la formation de nouvelles filières de référence: les enfants sont évalués en classe par l'orthophoniste communautaire pour être ensuite traités en CLSC ou référés directement à des orthophonistes hospitalières. À terme, les intervenantes, comme celles du DSC de Laurentides-Lanaudière, dépistent dans les écoles plus de cas qu'elles n'en peuvent traiter et pressent, chiffres à l'appui, les commissions scolaires d'embaucher leurs propres orthophonistes<sup>65</sup>. En éveillant une telle demande, les orthophonistes des CLSC et des DSC contribuent fortement à l'enracinement de leur discipline dans diverses régions<sup>66</sup>.

Les orthophonistes présentes en milieu scolaire rencontrent elles aussi certains obstacles à leur établissement et à leur avancement professionnel. La présence d'orthopédagogues, entre autres choses, constitue une importante source de contrariétés. Établis en milieu scolaire depuis le début des années 1970 et donc mieux implantés que les jeunes orthophonistes, ces spécialistes «du diagnostic des troubles de l'apprentissage et de leur traitement<sup>67</sup>» ont déjà l'habitude d'utiliser les catégories de la psychologie du développement, comme la «mésadaptation socioaffective», pour diagnostiquer leur propre clientèle. Cette présence dans l'usage du vocabulaire psychologique permet notamment aux orthopédagogues, en s'appropriant certains concepts psycholinguistiques comme la conscience phonologique, d'alimenter leur propre pratique en assimilant des déficiences du français oral et écrit, particulièrement des cas de syntaxe ou des

---

65. Dans la région de Québec, les techniciennes encore en place passent sous la férule d'orthophonistes qui disposent de leurs patients et réduisent drastiquement leur nombre et leur autonomie. Commission scolaire (CS) de Matane, *Rapport de l'expérimentation d'un modèle d'intervention et d'organisation dans le cadre de l'action «projet-pilote»*, 1981, p. 7-12; CS Trois-Saumons, La Pocatière, L'Islet-Sud, *op. cit.*; André-P. Contandriopoulos, *op. cit.*, p. 5; CPOAQ, *Avis sur l'étude de pertinence*, *op. cit.*, p. 19; Johanne Toutant, «Éditorial», *Fréquences*, 8, 4 (1996): 3-4. Sur le rôle des CLSC et des DSC, voir Marc Renaud, *op. cit.*, p. 197-198; CPOAQ, *L'orthophonie-audiologie, un besoin*, *op. cit.*; Liette Picard et Michel Clermont, *L'organisation des services aux personnes présentant des problèmes de langage, d'audition et de communication*, MEQ-MSSS, 1993, p. 7-9 et 14; M.-C. Lisée, *op. cit.*

66. Là où elles deviennent des acteurs véritablement régionaux, les orthophonistes communautaires jouent même un rôle politique: à la fin des années 1980, des orthophonistes hospitalières de la Beauce se soulèvent contre des suppressions de postes et trouvent leurs principales alliées chez l'orthophoniste du DSC de Québec et dans les CLSC du coin où d'autres consœurs tiennent déjà des points de service. Voir: *Ibid.*; Programme national d'amélioration de la productivité des hôpitaux, *op. cit.*, p. 10-11; entrevue n° 11.

67. Pour des précisions sur l'histoire et le domaine d'expertise des orthopédagogues à cette époque, voir Claude Lessard et Maurice Tardif, *op. cit.*, p. 192-197.

difficultés de lecture, à des diagnostics de troubles de l'apprentissage et de dyslexie, c'est-à-dire des catégories qui à cette époque n'appartiennent pas au domaine orthophonique<sup>68</sup>.

D'autre part, la distribution des tâches dans les commissions scolaires est du ressort de conseillers en adaptation scolaire dont la vocation est pédagogique plutôt que clinique et qui tendent donc à favoriser l'usage d'orthopédagogues, déjà disponibles et coûtant moins cher, plutôt que l'embauche d'une thérapeute supplémentaire. C'est le cas, en 1980, dans une commission scolaire de la région de Québec où une conseillère ne lance un «projet orthophonie» que pour en confier l'application à une nouvelle diplômée en orthopédagogie, sous la supervision distante d'une orthophoniste du CHUL. Dans des situations comme celle-là, l'identification de besoins en orthophonie favorise en fait l'entrée en scène de l'orthopédagogue à il reviendra d'encadrer les enseignants, de dépister les enfants et de diriger les cas vers son propre bureau et ses propres classes d'adaptation<sup>69</sup>.

L'embauche d'orthophonistes est ainsi rarement l'intention première des responsables scolaires. De fait, malgré son importance pour la profession, l'embauche des orthophonistes reste somme toute marginale à l'échelle, gigantesque, du réseau d'éducation où leur rôle n'est pas perçu comme central. Là où elles décrochent des contrats, souvent temporaires, les orthophonistes savent toutefois justifier leur place. Plusieurs prennent l'initiative de définir elles-mêmes leur description de tâches en obtenant un mandat officiel d'analyse des besoins ou en travaillant auprès des enseignants pour «faire reconnaître les besoins réels» en matière de langage<sup>70</sup>.

Lorsqu'elles en ont la possibilité, les orthophonistes effectuent elles-mêmes des tests de dépistage pour établir l'existence et l'ampleur des besoins. Les quelques profils de population dressés par des orthophonistes

---

68. Sur l'usage des catégories relatives à la dyslexie et à la conscience phonologique par les orthopédagogues dans les années 1970 et 1980, voir Jean-Paul Martinez, *Un dyslexique ou un mauvais lecteur*, Montréal, Éd. Nouvelles, 2003, p. 19.

69. CPOAQ, *L'orthophonie-audiologie, un besoin*, op. cit., p. 21-24 et 32; André Lemieux et al., *Modèle d'intervention auprès d'enfants en difficultés d'adaptation et d'apprentissage dans une région éloignée*, CS de Chapais-Chibougamau, 1981, p. 6-32; COPEX, op. cit., p. 20-25, 54 et 142-145; CS Lotbinière et Marie-Victorin, op. cit., p. 5-22, 28-33 et 62; CS Trois-Saumons, La Pocatière, L'Islet-Sud, op. cit.; entrevue n° 9.

70. *Ibid.*; rapports annuels de la CPOAQ, 1979-1980, p. 6; 1980-1981, p. 24-26; 1981-1982, p. 33-34; Claire Comtois et Évelyne Perras, «Les orientations en orthophonie scolaire», dans CPOAQ, *Textes et résumés*, op. cit., p. 155; CSE, op. cit., p. 7-13; entrevue n° 8.

et dont on a pu retrouver la trace, comme dans Charlevoix ou dans Lotbinière, nous donnent un aperçu de l'ampleur de la clientèle visée par ces praticiennes, des positions sollicitées et des types de problèmes qui les justifient. Ce qu'on remarque, c'est que ces dépistages présentent deux caractéristiques principales.

En premier lieu, comme à l'époque précédente, les orthophonistes dépistent une très forte majorité de cas d'articulation et de parole, laissant les problèmes de syntaxe aux concurrents mieux établis que sont les orthopédagogues et autres psychologues scolaires. Ce repli limite l'avancement professionnel des orthophonistes au sein des écoles. En effet, les cas d'articulation relevés constituent majoritairement des problèmes légers, c'est-à-dire jugés faciles à régler ou de faible conséquence comme des enfants sujets au zézaïement, ce qui justifie d'autant plus, aux yeux des administrateurs, leur délégation à des orthopédagogues<sup>71</sup>.

En second lieu, les profils établis lors de ces dépistages révèlent un paradoxe saisissant : d'une part, les orthophonistes soulignent l'urgence des problèmes à résoudre en dressant des taux de prévalence parfois très élevés ; d'autre part, ces problèmes identifiés en masse se dissipent d'eux-mêmes de manière spectaculaire à mesure que vieillissent les enfants. À Deux-Montagnes, en 1977, une orthophoniste évalue à plus de 25 % la part des enfants qui présentent des problèmes de langage dans les classes de maternelle, mais ce taux tombe à seulement 5 % pour la population totale de la commission scolaire. À la commission scolaire Chomedey-Laval, des taux qui montrent comme problématiques 21 % des élèves de maternelle baissent à 9 % en deuxième année du primaire. Moins alarmiste, un dépistage mené dans la région de Québec en 1979-1980 voit le taux de problèmes, de 7 % chez les enfants de maternelle, chuter à moins de 1 % chez les finissants du primaire<sup>72</sup>. Menées chez des populations n'ayant jamais vu d'orthophoniste, ces enquêtes mettent en relief la volatilité des besoins diagnostiqués dans le domaine articulatoire, où le temps semble assurer à lui seul un taux spectaculaire de résorption.

---

71. CS Trois-Saumons, La Pocatière, L'Islet-Sud, *op. cit.*; CS Lotbinière et Marie-Victorin, *op. cit.*, p. 6. Le milieu scolaire américain présente alors un profil similaire; Lon Emerick et John Hatten, *op. cit.*, p. 157 et suivantes.

72. CPOAQ, *L'orthophonie-audiologie, un besoin*, *op. cit.*, p. 23; CS Trois-Saumons, La Pocatière, L'Islet-Sud, *op. cit.*; CS Lotbinière et Marie-Victorin, *op. cit.*, p. 39-40.

Il est aussi notable que ni les orthophonistes ni les conseillers en adaptation scolaire, même ceux qui rechignent à l'embauche d'une thérapeute, ne se résolvent à évoquer cette dernière possibilité pourtant privilégiée par la littérature scientifique de l'époque<sup>73</sup>. Au contraire, mettant de côté leurs divergences, orthophonistes et conseillers s'associent pour voir dans ces taux élevés la justification d'une action spécialisée et pour en faire la promotion auprès de parents d'élèves et d'enseignants souvent appréhensifs<sup>74</sup>. Cette commune interprétation de données pourtant équivoques montre bien comment les orthophonistes et les administrateurs en adaptation scolaire, au-delà de ce qui les sépare, partagent un objectif similaire, soit la reconnaissance par les autres acteurs des problèmes qui motivent leurs interventions respectives.

## 8. L'AUDIOLOGIE INDUSTRIELLE ET LE RÉSEAU COMMUNAUTAIRE

En audiologie, aussi, les CLSC et les DSC servent de tremplins à de nouvelles formes de pratique. L'intérêt des gouvernements pour la gestion et l'endiguement du bruit industriel, en particulier, ouvre à certains audiologistes un tout nouveau champ d'intervention.

Dès 1970, des initiatives fédérales attirent l'attention sur les effets délétères de la pollution par le bruit sur la santé des travailleurs. Des audiologistes de l'École de réadaptation s'intéressent dès lors à cette question. Après 1974, de jeunes professeurs-chercheurs fraîchement embauchés, comme Raymond Héту dont l'activité en la matière connaîtra un rayonnement

73. Pour la littérature américaine, voir Jon Eisenson et Mardel Ogilvie, *op. cit.*, p. 1-3. Voir J. Dudley et J. Delage pour qui «une conclusion s'impose : l'articulation s'améliore avec l'âge», *op. cit.*, p. 27-29.

74. À la commission scolaire Marie-Victorin, en 1981, ces professionnels identifient les enseignants et les parents comme les véritables «clientèles-cibles» qu'il importe «d'habiliter» par une «prise de conscience des besoins». L'«engagement» des parents et des enseignantes est dit amélioré lorsque ceux-ci minimisent leur propre rôle en admettant que la rééducation du langage, «c'est l'affaire des» orthophonistes et orthopédagogues. Une fois l'intervention implantée, les améliorations avec l'âge deviennent souvent autant de «progressions» attribuables aux intervenants. CS Lotbinière et Marie-Victorin, *op. cit.*, p. 21, 34-40 et 47-53; CS Trois-Saumons, La Pocatière, L'Islet-Sud, *op. cit.*; André Lemieux et al., *Modèle d'intervention auprès d'enfants en difficultés d'adaptation et d'apprentissage dans une région éloignée*, CS de Chapais-Chibougamau, 1981, p. 6-32; CSE, *op. cit.*, p. 5-6 et 16-17; Santé et Bien-être Canada, *op. cit.*, p. 88; Évelyne Perras et Normand Gagné, *op. cit.*, p. 9; voir aussi p. 15-62.

international, accomplissent un important travail de dépistage et développent une approche communautaire de ce secteur naissant, qu'on baptise «audiologie industrielle<sup>75</sup>».

Les membres du bureau directeur de la Société/Corporation comprennent vite les promesses de ce nouveau domaine. De 1973 à 1977, on courtise la Commission des accidents de travail du Québec pour obtenir l'exclusivité, pour les audiologistes, sur l'évaluation et le traitement des surdités attribuables au travail en usine. La démarche n'aboutit pas, mais la discipline s'impose tout de même comme une discipline clé et un certain nombre d'audiologistes décrochent des postes dans des DSC et des CLSC pour évaluer l'impact du bruit dans les milieux industriels. De 1977 à 1985, des audiologistes jouent ainsi un rôle déterminant dans un vaste programme, financé par le MAS, dont l'objectif est le dépistage, la prévention et la surveillance audiométrique des risques de surdité industrielle ainsi que l'établissement de protocoles de réadaptation. Dans la foulée de ce programme, les recherches s'étendent au travail de bureau et soulèvent un certain intérêt chez les centrales syndicales. Comme dans le cas de l'orthophonie scolaire, cette activité de dépistage au sein du réseau des DSC et des CLSC favorise l'identification et l'orientation des cas, entraînant en quelques années la création de services dans de nouveaux secteurs géographiques et suscitant notamment l'ouverture de postes dans des hôpitaux à l'extérieur des grandes villes, comme à l'Hôtel-Dieu de Lévis et à l'Hôpital général de la région de l'Amiante, à Thetford Mines<sup>76</sup>.

---

75. Service d'orthophonie et d'audiologie de l'ERUM, *Opération Orientations*, 1971, p. 1, 9, 16 et 24, et *Budget d'audiologie – Justification*, 1972; École d'orthophonie et d'audiologie de l'Université de Montréal, *Recherches en cours, 1985-1986*, 1986; Annuaire de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, 1982, p. 22; C. Laroche, «Hommage à Raymond Héту», *Fréquences*, 8, 2 (1996): 6; Santé et Bien-être Canada, *op. cit.*, p. 149.

76. En 1981, on trouve des orthophonistes-audiologistes dans 22 des 32 DSC de la province. Rapports annuels de la CPOAQ, 1972-1973, p. 22; 1975-1976, p. 8-9; 1977-1978, p. 20-21; 1979-1980, p. 18; 1983-1984, p. 14; 1985-1986, p. 16; 1990-1991, p. 13; Michel O'Neill, «Les départements de santé communautaire», *Recherches sociographiques*, XXIV, 2 (1983): 183; Jean-Claude Deschênes, *op. cit.*, p. 165-167; André-P. Contandriopoulos, *op. cit.*, p. 5.

## NOUVEAUX PROBLÈMES ET NOUVELLES POSITIONS (1988-2003)

### 1. L'ENVOL DE LA CORPORATION

À mesure qu'elle consolide son organisation, la Corporation s'emploie à encadrer d'avantage l'activité de ses membres. Outre des incitations à adopter un comportement «professionnel» pour «démontrer le sérieux de notre pratique<sup>1</sup>», la CPOAQ joue un rôle unificateur en demandant aux praticiennes de standardiser la tenue de leurs dossiers, ce qui facilitera le partage des cas entre les orthophonistes ou avec les membres d'autres professions. Dans le but de protéger le public, le comité de direction cherche aussi à influencer sur les politiques de l'École et mène, surtout après 1985, de plus en plus d'inspections pour s'assurer de la compétence des praticiens<sup>2</sup>.

- 
1. Rapports annuels de la CPOAQ, 1980-1981, p. 19; 1981-1982, p. 8; 1982-1983, p. 25.
  2. Rapports annuels de la CPOAQ, 1977-1978, p. 11; 1980-1981, p. 24-26; 1981-1982, p. 14-16; 1984-1985, p. 5 et 41; 1985-1986, p. 17-18; 1986-1987, p. 17; 1987-1988, p. 3, 6 et 12; 1988-1989, p. 8 et 15; 1992-1993, p. 4; 1993-1994, p. 10; 1996-1997, p. 18; Renée Boisclair-Papillon, «Mot de la présidente», *Fréquences*, 7, 1 (1994): 4-5; Direction des services de santé, *Lignes directrices*, *op. cit.*, p. 13-18; Gilles Dussault, «La régulation des professions sanitaires: l'expérience du Québec», *Sociologie et sociétés*, XX, 2 (1988): 130.

Au fil des années 1980, les représentantes de la Corporation développent aussi une approche plus systématique de l'appareil gouvernemental et s'adressent de manière ciblée aux divers organismes spécialisés qui se multiplient depuis les années 1970, comme la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) et, plus tardivement, la Régie des rentes du Québec. Les rapports se normalisent aussi avec les fonctionnaires du MEQ et du MAS (ce dernier devient en 1985 le MSSS ou ministère de la Santé et des Services sociaux). Grâce à ce nouveau voisinage, les déléguées de la CPOAQ sont invitées à siéger à des comités de travail où sont évalués les besoins de la population et les normes à respecter. Petit à petit, des orthophonistes-audiologistes influent sur les définitions officielles de certaines déficiences intellectuelles ou auditives. Cette présence en haut lieu est particulièrement lourde de sens dans le domaine de l'audiométrie, où l'établissement de normes d'étalonnage et de manipulation des appareils revêt une importance parfois cruciale<sup>3</sup>.

La visibilité devient un enjeu important. La Corporation, qui prend en 1994 le nom d'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec (OOAQ), achète, à partir de la même année, les services de lobbyistes professionnels pour plaider la cause des troubles du langage auprès du gouvernement. On lance des opérations de charme auprès des médecins omnipraticiens à qui l'on distribue, en 1991, des dépliants vantant l'importance de la référence en orthophonie; on vise aussi le grand public comme en témoigne la campagne publicitaire «Communiquer, c'est vital», lancée en 1997. Les principales percées médiatiques viennent toutefois souvent des coups d'éclat de certaines praticiennes: ainsi, le Théâtre aphasique, une troupe constituée d'adultes en réadaptation du langage, présente sa pièce *Le Silence qui parle* à des milliers de spectateurs, suscite la

---

3. Des représentants de l'École ou de la CPOAQ collaborent également avec l'ACOA auprès du gouvernement fédéral. Rapports annuels de la CPOAQ, 1980-1981, p. 6-7 et 12-14; 1981-1982, p. 15; 1986-1987, p. 12; 1987-1988, p. 5-8; 1989-1990, p. 1-6 et 11; 1990-1991, p. 5; 1991-1992, p. 5; 1994-1995, p. 5; 1997-1998, p. 5; 1998-1999, p. 7; Direction des services de santé, *Directives cliniques*, op. cit., p. iii et ix-x et *Lignes directrices*, op. cit., p. vii, 1-3 et 15; Santé et Bien-être social Canada, *Lignes directrices*, op. cit., ann. A, p. 19-22; Bureau de normalisation du Québec, *Normes recommandées pour les laboratoires d'examen auditif en milieu de travail*, Québec, ministère de l'Industrie, 1984; Programme national d'amélioration de la productivité des hôpitaux, op. cit., p. 1-3 et 7-9; CPOAQ, *Avis de l'«étude de pertinence...»*, op. cit., p. 10.



publication de dizaines d'articles et mérite à sa fondatrice, l'orthophoniste Anne-Marie Théroux, le titre de personnalité de la semaine de *La Presse* en mai 1995<sup>4</sup>.

L'activisme de la Corporation reçoit l'appui des associations de patients, qui se multiplient depuis 1975. La CPOAQ entretient des relations avec ces dernières en offrant des ateliers et des services de consultants aux membres d'associations comme l'Association québécoise pour les enfants atteints de problèmes auditifs (AQEPA), l'Association pour les jeunes bègues du Québec (AJBQ) ou l'Association québécoise des personnes aphasiques (AQPA). Des liens sont aussi tissés par les praticiens d'établissements comme l'Institut Raymond-Dewar (IRD), dont les orthophonistes présentent des conférences à l'AQEPA et à l'Association québécoise pour les enfants atteints de troubles d'apprentissage (AQETA). Le développement d'affinités avec ces groupes conduit à des actions publiques communes en faveur de l'obtention de services; en 1995, on encourage même le comité de bénéficiaires de l'IRD à porter plainte contre la publicité agressive d'un audioprothésiste. Dans le contexte budgétaire périlleux des années 1995-2000, la collaboration «de nombreux groupes de promotion» auprès du MSSS et de la RAMQ devient un atout particulièrement précieux<sup>5</sup>.

L'établissement de liens parfois étroits avec des associations d'usagers suggère que l'orthophonie-audiologie en vient, au cours des années 1980 et 1990, à représenter une ressource clé pour un certain nombre de clientèles. De fait, l'usage de nouveaux diagnostics et l'exploration d'intérêts cliniques multiples transforment radicalement le statut et la nature de la profession.

- 
4. Rapports annuels de la CPOAQ, 1982-1983, p. 30; 1989-1990, p. 1-2; 1990-1991, p. 8; 1993-1994, p. 7-8; 1998-1999, p. 4; 1999-2000, p. 4-5; p.-v. du Comité d'audiologie de l'OOAQ, 6 septembre 1995; rapports annuels de l'IRD, 1987-1988, p. 22 et 31; 1988-1989, p. 11-12; 1989-1990, p. 14; rapports annuels du service d'orthophonie de Villa Medica, 1987-1988, p. 31; 1992-1993, p. 2 et 19; Louis Beaulieu, «Mot du président», *Fréquences*, 7, 1 (1994): 6-7 et 9, 4 (1997): 4-5; Anne-Marie Delmas, «Anne-Marie Théroux: des honneurs bien mérités», *Fréquences*, 8, 1 (1995): 9; José Pouliot, *loc. cit.*, p. 12.
  5. Rapports annuels de la CPOAQ/OOAQ, 1979-1980, p. 8; 1981-1982, p. 6, 14 et 28; 1997-1998, p. 8; rapports annuels de l'IRD, 1983-1984, p. 18; 1988-1989, p. 7; 1996-1997, p. 3 et 19; 2000-2001, p. 2; p.-v. du Comité d'audiologie de l'OOAQ, 6 septembre 1995; Centre québécois de la déficience auditive, *Actes du colloque de l'Après-Sommet sur la déficience auditive*, Montréal, CQDA, 1997, 60 p.; Y. Isabelle, «Forum "Communiquer, c'est vital"», *Fréquences*, 9, 4 (1997); dépliants divers.

## 2. RÉADAPTATION FONCTIONNELLE ET RENOUVEAU TERMINOLOGIQUE

Après 1985, l'univers de la réadaptation physique et mentale connaît l'influence croissante d'un nouveau courant dit de la «réadaptation fonctionnelle». Le mouvement est lancé au Québec dès 1981 à l'initiative de l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ), un organisme public créé en 1978 pour coordonner les services d'intégration aux personnes handicapées. L'Office, en étroite collaboration avec des associations de patients, désapprouve l'écartèlement des patients entre une multitude de professionnels et préconise plutôt l'usage d'un cadre conceptuel unifié. Inspiré de normes édictées par l'Organisation mondiale de la santé, le cadre théorique fonctionnel doit restaurer la cohérence entre les interventions en définissant les problèmes non plus dans des termes étiologiques (c'est-à-dire selon les causes) propres à chaque spécialité, mais plutôt du point de vue des «handicaps», c'est-à-dire des entraves concrètes rencontrées par le patient et qui transcendent les disciplines.

Les critères diagnostiques et l'objectif de la thérapie s'en trouvent, en principe, considérablement changés dans la mesure où un tel diagnostic fonctionnel n'incite plus tant à guérir la déficience qu'à outiller la personne handicapée pour en limiter les effets sur sa vie quotidienne et sur son intégration sociale<sup>6</sup>. En 1991, l'OPHQ franchit un pas important dans l'opérationnalisation de sa philosophie en imposant dans les établissements de réadaptation l'usage du plan de services, une liste unique des objectifs poursuivis par chaque spécialiste auprès d'un même patient et dont la rédaction doit inciter les thérapeutes à se concerter. La doctrine fonctionnelle, qui fédère l'activité professionnelle autour d'un objectif extra-thérapeutique comme l'intégration sociale, attire aussi l'attention des gestionnaires du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et du ministère de l'Éducation (MEQ) qui accordent leur soutien aux projets qui s'en réclament<sup>7</sup>.

Les principes de la réadaptation fonctionnelle sont aussi promus par des cliniciens de toute obédience, y compris des orthophonistes qui en transmettent les rudiments par le biais de publications professionnelles ou d'activités de formation. L'impact du mouvement sur les habitudes

---

6. Patrick Fougeyrolles, «Un défi des années 1980», CPOAQ, *Textes et résumés de textes*, op. cit., p. 133-138; Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ), *À part égale*, Drummondville, OPHQ, 1991, p. 6-7, 11, 20 et 27; Djamila Benadelkader et Michel Gignac, «Plan de services et plan d'intervention individualisé», AQEA, *Actes du colloque*, op. cit., p. 76; entrevue n° 13.

7. OPHQ, op. cit.; Djamila Benadelkader et Michel Gignac, op. cit.

cliniques des orthophonistes est réel. Après 1985, on trouve par exemple plus de références à des exercices cliniques ancrés dans la réalité quotidienne du patient, qui prennent la forme de discussions ouvertes sur des thèmes concrets («racontez-moi votre journée») plutôt que de l'entraînement morphosyntaxique ou des questions fermées usités jusque-là<sup>8</sup>.

Par ces exercices et ces objectifs d'intégration, c'est toute la vie quotidienne que le courant fonctionnel fait entrer dans l'orbite de la thérapie. La réintégration du patient à la vie normale exige en effet la mobilisation des membres de son entourage immédiat, comme les parents, les conjoints et les professeurs qu'on entend habiliter à favoriser la récupération grâce à l'observation des thérapies ou en réalisant des activités précises à la maison. L'intérêt pour l'intégration des parents, notamment, entraîne la diffusion de diverses méthodes comme le programme Hanen, élaboré à McGill à partir de 1977, et qui vise la formation des parents à la stimulation du langage. La méthode Hanen fait son entrée au Québec francophone en 1986 par l'intermédiaire de l'orthophoniste Sylvie Martin de la Cité de la Santé: cette dernière obtient son brevet de formatrice, produit du matériel et dispense des ateliers dans une multitude d'établissements comme le CHUS qui, en 1988, implante le programme auprès d'une clientèle d'enfants de trois ans et de leurs parents. Le programme se diffuse également grâce aux professeurs de l'École, notamment Carolyn Cronk qui contribue aux traductions de publications comme le guide du *Baby Hanen* en 1991<sup>9</sup>.

L'adhésion progressive d'orthophonistes et d'audiologistes à la problématique fonctionnelle est un phénomène historique, car elle n'allait pas de soi. À l'origine, en effet, la nouvelle doctrine n'embrasse pas

- 
8. La transformation n'a rien de brusque, les exercices «fonctionnels» faisant souvent office de procédés au service d'objectifs plus traditionnels comme la production de sons ou la reconnaissance de mots. Rapport annuel de la CPOAQ, 1987-1988, p. 6; Programme national d'amélioration des hôpitaux, *op. cit.*, p. 20; CPOAQ, *Avis de l'«étude de pertinence...»*, *op. cit.*, p. 15; L. Quesnel, «Le conte en déficience intellectuelle», *Fréquences*, 9, 4 (1997): 15-18; entrevues nos 2 et 6; voir DeAnna Horstmeier *et al.*, *op. cit.*, p. 14-28.
  9. Rapports annuels de la CPOAQ, 1987-1988, p. 7; 1989-1990, p. 13; CPOAQ, *Avis de l'«étude de pertinence...»*, *op. cit.*, p. 7; José Pouliot, *op. cit.*, p. 22-25; Danielle Bédard, Francine Couture et Hubert Delisle, *Expérimentation et évaluation du Programme Hanen en milieu communautaire*, Sherbrooke, CHUS, 1991, p. i, 1-3; Hubert Delisle et Francine Couture, «Stimulation précoce du langage: une approche communautaire et régionale en Estrie», OOAQ, *Hors des sentiers battus*, OOAQ, Montréal, 1996; Hubert Delisle et M.-L. Arguin, «Une expérience orthophonique en néonatalogie», *Fréquences*, 10, 1 (1997): 22-23; Ayala Manolson, *Parler, un jeu à deux*, Toronto, Centre Hanen, 1997 (1992), p. vi.; entrevues nos 5, 6 et 10.

d'emblée les problèmes de langage. En 1978, la création de l'OPHQ répond plutôt au défi de la désinstitutionnalisation massive de milliers de cas lourds renvoyés des asiles psychiatriques et autres institutions spéciales, et c'est cette clientèle psychiatrique ou multi-handicapée qui reçoit en premier lieu l'attention de l'Office. Le discours fonctionnel pénètre donc d'abord les établissements qui reçoivent cette clientèle en clinique externe, comme l'Institution des sourds de Montréal (devenue, en 1984, l'Institut Raymond-Dewar) qui accueille des cas sévères de surdicécité ou de «surdimésadaptation sociale» que des audiologistes en place commencent alors à aborder en termes fonctionnels de perte d'autonomie au sens large plutôt que de seule performance auditive<sup>10</sup>.

À la fin des années 1980, cependant, au moment où cette clientèle d'anciens internés diminue peu à peu, on voit les orthophonistes et les audiologistes de ces établissements s'approprier le concept de réadaptation fonctionnelle en vertu de leurs propres aspirations cliniques. Chez les orthophonistes-audiologistes de l'Institut Raymond-Dewar (IRD), par exemple, le terme est vite mis en concurrence avec la «réadaptation psychosociale» propre aux psychologues. Plus qu'il ne remet en cause les clivages disciplinaires ou l'usage de catégories étiologiques, ce dualisme jette ainsi en clinique les bornes d'un territoire neuf de diagnostic et de soins aux couleurs formellement distinctes de la juridiction des psychologues, des éducateurs spécialisés et des travailleurs sociaux<sup>11</sup>.

Après 1988, le vocabulaire fonctionnel permet à plusieurs orthophonistes d'étendre leur activité en reconceptualisant sous forme de «problèmes de langage» des handicaps communicationnels qui débordent la syntaxe et les sons. En effet, en refusant d'isoler la performance langagière de son usage social, l'optique fonctionnelle permet d'assimiler au langage des «handicaps» plus amples qui touchent les habiletés narratives, les règles informelles de la communication (comme le respect des tours de parole) ou la cohérence du discours et qui vont en fait jusqu'à recouvrir la totalité

---

10. Rapports annuels de l'IRD, 1987-1988, p. 6 et 11; 1998-1999, p. 6; Hélène Caron, «L'audiologiste et les centres de jour», CPOAQ, *Actes du colloque «À la grandeur du Québec»*, Montréal, CPOAQ, 1989, p. 150-168.

11. Rapports annuels de l'IRD, 1983-1984, p. 14; 1985-1986, p. 6; 1987-1988, p. 6 et 11; 1988-1989, p. 14; 1996-1997, p. 7; 1998-1999, p. 5-6. Sur les rapports entre l'approche fonctionnelle et la persistance d'un usage appuyé de catégories étiologiques, Voir Anne-Marie Bègue-Simon, «Comment mesurer le handicap?», dans Arlette Lafay (dir.), *Le statut du malade, XVI<sup>e</sup>-XX<sup>e</sup> siècle*, Paris, L'Harmattan, 1991, p. 140-149.

de l'interaction sociale. Assez rapidement, le lexique fonctionnel fait ainsi office, en quelque sorte, de rampe de lancement pour une reformulation proprement orthophonique des thèmes de la communication totale qu'un monopole terminologique de la psychologie maintenait jusque-là hors d'atteinte<sup>12</sup>.

L'horizon de la profession s'en trouve considérablement élargi, transformant les conditions d'exercice des cliniciennes. En raison de la différenciation croissante, déjà mentionnée au chapitre 4, entre l'orthophonie et l'audiologie, on traitera séparément de cette évolution dans l'un et l'autre domaine.

### **3. DE NOUVEAUX CHAMPS D'ACTION EN ORTHOPHONIE: DYSPHAGIE ET TCC**

Après 1988, l'extension du champ revendiqué par les orthophonistes québécoises est spectaculaire. En 1994, des porte-parole de l'Ordre des orthophonistes et des audiologistes du Québec (OOAQ) font rétrospectivement valoir à quel point les compétences de l'orthophoniste ont débordé le cadre des problématiques classiques, comme la production de phrases et de sons, pour investir des thèmes comme la «pragmatique<sup>13</sup>» et la métalinguistique, jusqu'à couvrir enfin l'idée de communication dans son acception la plus large. Cette explosion du domaine orthophonique vers une interprétation du concept de «communication» est notamment exprimée à l'envi dans les pages de *Fréquences*, le nouveau périodique officiel de l'Ordre:

La communication, c'est tout ! Les qualités d'un bon communicateur ne se résument pas seulement à une connaissance de la langue et à une bonne articulation mais aussi à l'organisation du discours et aussi à son sens de l'humour<sup>14</sup>.

12. Rapports annuels de l'IRD, 1996-1997, p. 7; 1998-1999, p. 5; CPOAQ, *L'évolution de l'orthophonie et de l'audiologie au Québec*, Montréal, CPOAQ, 1989, p. 6 et 9-10; José Pouliot et al., «La grammaire de récit», dans OOAQ, *Hors des sentiers battus*, op. cit.; José Pouliot, loc. cit., p. 22-25; entrevue n° 2.

13. La pragmatique désigne l'ensemble des règles, souvent non verbales, de l'interaction, comme le respect des tours de parole ou le maintien du contact visuel.

14. Louis Beaulieu, «Faire équipe en communication du début à la fin», *Fréquences*, 7, 1 (1994): 3.

Prenant acte de cette diversité, l'Ordre et plusieurs cliniciennes exigent l'ouverture de nouveaux postes auprès d'une palette de plus en plus large de clientèles<sup>15</sup>. Dans les mêmes années, un contexte administratif et politique périlleux pousse les dirigeants d'établissements de santé à prêter une oreille attentive à ces requêtes.

Dans les années 1970, on l'a vu, une conception systémique du réseau (ou «système») de santé poussait déjà les centres de réadaptation à développer de nouveaux services spécialisés pour se différencier des hôpitaux, entraînant à terme la multiplication des programmes. Après 1980, des compressions budgétaires, qui menacent plusieurs milieux de fermeture, fouettent d'autant plus la détermination de certains centres à s'octroyer eux-mêmes de nouveaux mandats distinctifs pour justifier leur existence. Très vite, ces initiatives dispersées et le gonflement des services vont à l'envers de la rationalisation originellement recherchée par le MSSS. Sans surprise, la commission Rochon sur les services sociaux et les services de santé, à pied d'œuvre entre 1985 et 1988, découvre ainsi «un ministère débordé, à la remorque de son réseau» et incapable d'assumer ses tâches de planification<sup>16</sup>.

Votée en 1991 à la suite du rapport Rochon, la Loi sur les services de santé et les services sociaux réclame comme remède une dose encore plus forte d'une «régulation administrative et centrale» toujours fondée sur des principes systémiques. Après 1994, une nouvelle vague de compressions reproduit la même juxtaposition de pressions administratives et financières que dans les années 1980: sommés de se donner une vocation exclusive, les établissements désireux de tenir leur rang se font très attentifs aux doléances des thérapeutes capables de cibler de nouveaux problèmes et d'animer de nouveaux services, en fonction de problématiques neuves et toujours plus spécifiques<sup>17</sup>. La table est ainsi mise pour permettre aux orthophonistes d'implanter dans leurs milieux de nouveaux diagnostics susceptibles d'étendre leur compétence et d'améliorer leur position par l'adjonction de nouvelles clientèles.

---

15. *Ibid.*; «Éditorial», *Fréquences*, 7, 4 (1995): 3; Renée Boisclair-Papillon, «Mot de la présidente», *loc. cit.*, p. 4-5.

16. Cité dans Pierre Bergeron et France Gagnon, *op. cit.*, p. 23 et suivantes.

17. Deena White, *op. cit.*, p. 94; Pierre Bergeron, *loc. cit.*, p. 360 et 367; Pierre Bergeron et France Gagnon, *loc. cit.*, p. 18, 23 et 27; F. Pothier, «La gestion par programmes: principes, obstacles et enjeux professionnels», *Fréquences*, 12, 3 (2000): 10-13; rapports annuels de l'IRD, 1993-1994, p. 1-2; 1994-1995, p. 2 et 5; 1996-1997, p. 19; 1998-1999, p. 5.

Parmi les nouvelles catégories diagnostiques implantées par des orthophonistes dans leurs milieux, on retrouve des problèmes de déglutition portant le nom clinique de «dysphagie», un terme qui, au départ, désigne en principe l'incapacité d'avaler la nourriture chez les victimes de lésions neuromotrices, un domaine occupé dès 1985 par les *speech therapists* américains et en plein essor dans les milieux gériatriques. En fait, formulée comme étant un handicap, cette catégorie tend vite à inclure tous les troubles de la déglutition quelles qu'en soient les causes. En s'intéressant à cette question, on espère surtout réduire l'incidence des pneumonies provoquées par la mauvaise ingestion d'aliments et, par un meilleur contrôle des risques, accélérer le départ de l'hôpital vers la réadaptation. Ce champ d'intérêt, qui relevait jusque-là de l'intendance, n'est pas dévolu d'emblée aux orthophonistes: les statistiques américaines sur la question sont produites par des médecins et le domaine est parfois revendiqué tant par des diététistes que par des infirmières ou des ergothérapeutes<sup>18</sup>.

Au Québec, toutefois, la diffusion d'un savoir relatif à la dysphagie est surtout le fait d'orthophonistes qui recyclent à cette occasion leurs compétences anatomiques sur l'appareil oro-pharyngé. Dès 1983, l'orthophoniste Françoise Cot mène au centre hospitalier Côte-des-Neiges des recherches dont le fruit est transmis, à partir de 1988, à d'autres orthophonistes par le truchement de formations continues. Les cliniciennes ainsi formées deviennent vite fort précieuses pour leurs centres respectifs, qui scellent grâce à elles des ententes avec des hôpitaux pour la prestation d'exams et l'accueil des cas repérés. En assurant le transfert de patients vers leurs propres services, ces orthophonistes créent ainsi de nouvelles filières de référence. Elles étendent aussi leur pratique et leur clientèle. En 1999-2000, par exemple, au centre de réadaptation Villa Medica (Montréal), les orthophonistes fournissent des soins en dysphagie au tiers de leurs patients: de ce nombre, 40%, soit 13% de la clientèle totale du service, ne présentent aucun autre problème orthophonique et n'auraient donc autrement jamais été référés en orthophonie<sup>19</sup>.

18. Madeleine Lessard, *Comment aider les personnes ayant des problèmes de déglutition*, Montréal, Laboratoire Chevalier De Lorimier, 1988, p. 2-5 et 14-35; OOAQ, *Avis préliminaire: Orthophonie. Champ de pratique en dysphagie*, Montréal, OOAQ, 1999, p. 1-6; entrevue n° 2.

19. Rapports annuels du service d'orthophonie de Villa Medica, 1989-1990, p. 6-7 et 12; 1990-1991, p. 10; 1998-1999, p. 5; Françoise Cot, «Le travail d'équipe en dysphagie», *Fréquences*, 9, 1 (1996): 14-17; OOAQ, *Avis préliminaire, op. cit.*, p. 1-4; entrevues n°s 2 et 10.

Plus près de la communication, d'autres orthophonistes ouvrent un large champ de nouvelles activités en matière de traumatismes neuro-crâniens. Des orthophonistes travaillent déjà depuis longtemps au sein d'unités consacrées aux victimes de lésions au cerveau, majoritairement des adultes aphasiques victimes d'AVC. Jusque-là, l'orthophoniste entraînait surtout ces patients à la production de mots, de phrases ou de sons sans se pencher sur leurs autres aptitudes sociales, selon les définitions restreintes du langage en cours dans les années 1980.

Une frange de cette population, une minorité ayant subi un choc violent à la tête plutôt qu'un AVC, présente toutefois un profil différent constitué de troubles fonctionnels, «pragmatiques», de la communication «globale». Après 1985, des cliniciennes cherchent à repérer ces derniers cas avec une acuité suffisante pour les prendre en charge de manière particulière. Devant l'inadéquation des outils diagnostiques conventionnels à servir cette fin, une équipe du Centre d'Youville de Sherbrooke, composée d'orthophonistes, de neuropsychologues et d'ergothérapeutes, lance en 1987 un programme de recherche dans le but de créer un outil capable de dresser un profil diagnostique dans les termes souhaités. En 1988, le centre de réadaptation La Ressource, en Outaouais, suggère officiellement au MSSS la mise sur pied d'un service entièrement consacré aux «traumatismes crânio-cérébraux» (TCC) dans le but de séparer ceux-ci de la clientèle aphasique<sup>20</sup>.

Le véritable coup d'envoi donné à la création de services spécialisés en TCC vient cependant d'un autre organisme gouvernemental, la Société d'assurance automobile du Québec (SAAQ) qui, à partir de 1989, demande à des hôpitaux de mettre sur pied des services spécialisés de neuro-traumatologie pour les accidentés de la route ayant subi des chocs à la tête. En 1992, le financement de la SAAQ permet au centre François-Charron, à Québec, de créer une unité spécialisée en TCC dont les premiers patients sont prélevés du programme post-AVC déjà existant. L'expérimentation de «groupes de communication» permet alors l'élaboration de protocoles d'identification et de tests susceptibles de distinguer plus efficacement les TCC des aphasiques et d'entériner cette distinction en termes diagnostiques. En peu d'années, la clientèle des nouveaux services de TCC explose : au

---

20. Joël Macoir, «L'évaluation de la communication en soins de longue durée», dans CPOAQ, *Actes du colloque «À la grandeur du Québec»*, op. cit., p. 25; ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), *Répertoire des projets subventionnés en santé publique, 1995-1998*, Québec, MSSS, 1998, p. 225.



Réseau Santé de Saint-Hyacinthe, par exemple, elle double entre 1999 et 2002. Plus important, on cesse rapidement de prélever cette clientèle des populations déjà existantes pour y référer dorénavant directement les accidentés, et les orthophonistes des nouveaux services accueillent bien vite des patients qui ne bénéficiaient pas jusque-là d'une orientation en orthophonie dans les programmes traditionnels<sup>21</sup>.

#### **4. AUDIMUTITÉ, DYSPHASIE ET «TROUBLES SPÉCIFIQUES DU LANGAGE»**

La plupart des chercheuses en orthophonie engagées dans l'élaboration des nouvelles catégories travaillent en contact étroit avec des neurologues. Phénomène inédit, ces travaux émanent de milieux de recherche cliniques plutôt qu'universitaires et prennent d'ailleurs un certain temps à être intégrés aux enseignements de l'École. Plusieurs jeunes orthophonistes embauchées entre 1990 et 2000 pour travailler auprès de clientèles en dysphagie ou en TCC témoignent ainsi en avoir appris les rudiments sur le tas, à l'aide de matériel américain ou de l'exemple de collègues plus âgées<sup>22</sup>.

Ce cocktail d'initiatives cliniques et d'un virage vers la neurologie caractérise aussi l'émergence d'une troisième catégorie de diagnostics qui prend plusieurs noms entre 1985 et 2002. Ce nouveau diagnostic élargit tout particulièrement la compétence orthophonique et entraîne un remaniement en profondeur des catégories diagnostiques, permettant aux orthophonistes de reformuler leur conception des problèmes langagiers et de s'approprier de nouveaux cas. Par ce biais, les orthophonistes gagnent notamment un accès privilégié à la clientèle, en rapide croissance, des enfants auxquels est accolé un éventail de diagnostics dont le type principal est l'autisme,

---

21. Des milieux pédiatriques impliquent aussi des audiologistes dans leurs programmes de TCC, comme à l'Hôpital de Montréal pour enfants où, en 1994, le service audiologique consacre pas moins du tiers de son temps à cette nouvelle clientèle. P.-v. du Comité d'audiologie de l'OOAQ, 1<sup>er</sup> mars 1995; Chantal Henri, «Rôle de l'orthophoniste à l'intérieur de l'équipe multidisciplinaire œuvrant auprès des enfants ayant subi un TCC», *Fréquences*, 7, 1 (1994): 12-13; J. Bisson et L. Beaulieu, «Groupe de communication auprès de la clientèle TCC. Un projet expérimental», *Fréquences*, 7, 1 (1994): 18-21; N. Lever et M.-E. Bourgeois, «L'évaluation de l'aphasie chez les clientèle TCC: une limite à dépasser», *Fréquences*, 10, 2 (1998): 12-14; C. Denommé et G. Meilleur, «Des services en audiologie auprès d'enfants et d'adolescents TCC à l'Hôpital de Montréal pour enfants», *Fréquences*, 7, 1 (1994): 14-17; entrevue n° 5.

22. On reviendra plus tard sur la question des activités de recherche et des liens avec la neurologie. Francine Lussier, *op. cit.*; Madeleine Lessard, *op. cit.*, p. 6-11; entrevues n°s 3, 5 et 10.

entouré d'une kyrielle de catégories dérivées comme l'Asperger. Ce nouvel ensemble de diagnostics forme un spectre de catégories en rupture avec les problèmes classiques de la psychologie du développement, mais il demeure encore, au milieu des années 1980, la chasse gardée des milieux psychiatriques<sup>23</sup>.

Avant 1988, peu d'orthophonistes québécoises s'intéressent encore aux problèmes de langage d'origine neurologique. Peut-être pour cette raison, les catégories pour les désigner sont alors nombreuses et éparées. Parmi celles-ci, on trouve les termes d'aphasie congénitale ou dysphasie, concept américain des années 1960 désignant des problèmes de compréhension liés au système auditif central, ou encore l'audimutité, terme français des années 1950 désignant à l'origine un retard sévère des capacités d'expression<sup>24</sup>.

Cette dernière catégorie, l'audimutité, va faire l'objet au Québec d'une reconnaissance politique particulière en raison de l'activisme d'un groupe de parents, l'Association québécoise pour les enfants audimuets (AQEA), fondé en 1986 par des parents d'enfants du Centre d'audimutité de Montréal (CAM, une unité de l'hôpital Sainte-Justine) dans le but de «faire reconnaître la clientèle audimutte auprès des ministères de la Santé, des Affaires sociales et de l'Éducation<sup>25</sup>». Modeste, l'AQEA ne compte en 1988 que soixante-dix adhérents, regroupés autour d'un diagnostic qui n'est donné que par un petit noyau d'orthophonistes répartis entre l'hôpital Sainte-Justine (depuis 1967), l'Hôtel-Dieu de Chicoutimi (1975) et un centre privé de Sherbrooke (1980), alors qu'on ne recense pratiquement aucun cas dans des régions comme Québec ou l'Outaouais, où il n'existe pas de centres consacrés à l'audimutité<sup>26</sup>.

Parmi les orthophonistes concernés, on trouve notamment John Dudley, un professeur de l'EOA à qui les membres font appel pour étoffer le discours de l'association. Dès 1987, l'AQEA convainc le MEQ et le MSSS de former un groupe de travail mixte où siègent des représentants de chaque ministère, Dudley et d'autres orthophonistes. En 1988, le groupe remet son rapport, lequel comprend une définition officielle du problème, des procédures d'identification et une injonction à agir le plus vite possible

---

23. Michèle Morency et Cécile Chavy, *op. cit.*, p. 12-13 et 20.

24. AQEA, *Les syndromes dysphasiques*, Montréal, AQEA, 2000, p. 4.

25. AQEA, *Les besoins de la clientèle dysphasique*, Montréal, AQEA, 2001, p. 1.

26. Quoique John Dudley et le CAM offrent parfois des services diagnostiques au Centre Cardinal-Villeneuve, à Québec. On trouve aussi deux petits centres de moindre importance à Saint-Hubert (depuis 1980) et à Montréal-Nord (1985). Comité conjoint du MSSS et du MEQ, *ibid.*, p. 6-9, 13 et 25; entrevue n° 13.

auprès des enfants diagnostiqués. Dès réception du rapport, le MEQ lance un programme qui prévoit un important financement pour chaque cas recensé, tandis que le MSSS adopte une position comparable en 1995. Les sommes ainsi débloquées poussent des commissions scolaires et des établissements de santé à mandater des orthophonistes pour assurer le diagnostic de l'audimutité, ouvrant la porte à un nouveau type de pratique pour la profession<sup>27</sup>.

Les contours précis de cette activité demeurent cependant incertains. Dès le milieu des années 1980, le concept d'audimutité connaît une extension qui en rend les limites floues. Ainsi, sur les 188 enfants recensés par l'EOA au bénéfice du comité de 1988, seulement 83 sont véritablement et officiellement « identifiés audimuets<sup>28</sup> ». Les 105 autres, même s'ils n'ont jamais reçu le diagnostic, sont tout de même comptabilisés et admis dans les programmes existants au motif qu'ils « présentent les mêmes besoins<sup>29</sup> ». En pratique, il semble donc que les orthophonistes responsables accolent l'étiquette audimutité à tout enfant jugé susceptible de bénéficier des soins qui s'y rattachent, au détriment de la définition étiologique invoquée, mais sans doute en accord avec les principes fonctionnels qui mettent l'accent sur le handicap plutôt que l'étiologie.

Cette opérationnalisation fonctionnelle particulière, qui déduit le trouble neurologique de ses symptômes, amène des orthophonistes intéressées à la pragmatique à se découvrir rapidement de nouveaux cas parmi les populations de troubles de comportement ou d'apprentissage rencontrés en psychiatrie. C'est justement dans ces milieux que s'élabore un renouveau de la catégorie, par exemple à la clinique pédopsychiatrique de l'hôpital Sacré-Cœur de Québec où le chercheur Dudley relève le premier, après 1982, des cas d'audimutité parmi des enfants classés dans le spectre des troubles autistiques. En 1986, à l'hôpital psychiatrique Rivière-des-Prairies, les orthophonistes qualifient d'audimuets certains cas de troubles de comportements, ce qui leur permet de les référer aux orthophonistes du CAM de Sainte-Justine plutôt qu'aux psychologues locaux, établissant grâce à leur diagnostic une nouvelle filière de référence. En 1987, la progression

27. Comité conjoint du MSSS et du MEQ, *op. cit.*, p. i, 1-2 et 15, ann. V; Madeleine Samson, *Mise au point sur l'audimutité*, Montréal, CECM, 1993, p. 4 et 37-43; John Dudley, « Philosophie: 200 cas d'audimutité », dans AQEA, *Actes du colloque*, *op. cit.*, p. 129-131; AQEA, *Les besoins de la clientèle dysphasique*, Montréal, AQEA, 2001, p. 1-2 et 5; entrevues nos 7 et 13.

28. Comité conjoint du MSSS et du MEQ, *op. cit.*, p. 14.

29. *Ibid.*

de l'analyse fonctionnelle dans les officines ministérielles entraîne l'ajout des «altérations de l'interaction sociale» aux définitions officielles de l'autisme, favorisant un diagnostic en termes de communication au sein de cette population, au profit des quelques orthophonistes qui, rompues au lexique neurologique, savent de mieux en mieux investir ce domaine<sup>30</sup>.

En 1988, le terme «audimutité» continue cependant de ne désigner qu'un problème très spécifique dont on compte à peine plus de 200 cas à l'échelle du Québec entier. Ce petit nombre, peu compromettant, explique d'ailleurs la promptitude à agir des ministères interpellés. Les auteurs du rapport de 1988 insistent eux-mêmes de deux manières sur l'étroitesse de la catégorie. D'une part, le mal est défini d'une manière très restrictive, en accord avec les définitions en cours depuis 1960, comme une «dysfonction cérébrale congénitale dans le circuit auditif<sup>31</sup>». D'autre part, le protocole d'identification convenu est extrêmement contraignant : pour bénéficier du financement prévu, l'enfant doit présenter «cinq troubles obligatoires<sup>32</sup>» dont plusieurs débordent le champ de la seule orthophonie. En principe, un diagnostic officiel exige donc une identification positive par pas moins de quatre spécialistes différents, soit l'orthophoniste, l'audiologiste, le psychologue et le neurologue<sup>33</sup>.

Le plus remarquable, toutefois, c'est que, aussitôt reconnue, cette définition restrictive ne sera guère respectée. Dans les années qui suivent, la définition clinique du problème ne cesse au contraire de s'élargir, au point de faire exploser la clientèle visée. En parallèle, la catégorie se transforme pour devenir plus que jamais le domaine exclusif de l'orthophoniste.

En premier lieu, il s'avère assez vite que, concrètement, les normes arrêtées en 1988 ne se révèlent opératoires que pour les seules orthophonistes, car aucun autre spécialiste n'a les moyens de se plier aux exigences officielles. Cet état de choses n'est guère étonnant dans la mesure où ces normes ont été rédigées avec l'aide de chercheurs en orthophonie pour seul apport scientifique. Sur le terrain, personne, orthophonistes comprises, ne dispose d'instruments susceptibles de détecter directement une «dysfonction cérébrale congénitale» et, des cinq symptômes dits obligatoires, seuls les

30. *Ibid.*; Bernadette Buttiens, *op. cit.*, p. 6; Michèle Morency et Cécile Chavy, *op. cit.*, p. 38-39; Joane L. Déziel, «Éditorial», *Fréquences*, 8, 2 (1996): 3-4; entrevue n° 9.

31. Comité conjoint du MSSS et du MEQ, *op. cit.*, p. 3-4.

32. Soit des troubles du langage, de la perception auditive, de l'abstraction, de la généralisation et de la perception du temps.

33. Comité conjoint du MSSS et du MEQ, *op. cit.*, p. 3-6 et 14-15, ann. I-III; Bernadette Buttiens, *op. cit.*, p. 7; Madeleine Samson, *op. cit.*, p. 5-10.

troubles langagiers peuvent être effectivement mesurés et démontrés de manière décisive; des autres spécialistes, le rapport se contente d'exiger des investigations sans préciser ce qu'on doit en attendre. Par voie de conséquence, seul un diagnostic en orthophonie décide véritablement de l'admission d'un enfant, comme c'est d'ailleurs ouvertement le cas dans un hôpital comme Sainte-Justine. En milieu scolaire les autres professionnels requis, comme le neurologue, sont généralement tout simplement absents<sup>34</sup>.

En second lieu, et en peu de temps, la définition usuelle de la catégorie s'élargit jusqu'à recouvrir la quasi-totalité des problèmes de langage chez l'enfant. La tendance prend racine aux États-Unis: les chercheurs en *speech therapy* tendent alors à reformuler les problèmes de langage en termes neurologiques plutôt que psychologiques et finissent par fusionner à cette occasion des catégories autrefois disparates en une seule dénomination générique baptisée «trouble spécifique du langage» (*specific language impairment* ou SLI). Cette agglutination progressive entraîne la diffusion de grilles d'évaluation uniques, comme la grille Rapin-Allen publiée en 1989, qui regroupent l'ensemble des problèmes langagiers, de la production de sons aux déficiences sémantiques et pragmatiques, en un seul spectre de syndromes. Après 1990, les orthophonistes québécoises adoptent plusieurs de ces outils. Plutôt, cependant, que de forger explicitement une catégorie neuve (qui n'est encore qu'embryonnaire aux États-Unis), elles en transfèrent le sens unificateur à un autre vocable déjà existant, soit le terme «dysphasie» qui hérite de l'omnipotence du SLI. Or, le sens originel du mot dysphasie est depuis toujours très proche de l'audimutité. Presque immédiatement, dans la pratique comme dans les écrits, on assimile à l'audimutité la nouvelle acception du mot «dysphasie», qui s'impose à titre de synonyme. Par ces glissements de sens, les privilèges administratifs reconnus à l'étroite conception originelle de l'audimutité s'étendent donc à une nouvelle catégorie beaucoup plus large, en pleine expansion et comprenant l'ensemble des troubles du langage dorénavant imputés à des causes neurologiques<sup>35</sup>.

34. *Ibid.*, p. 7, 22-23 et 30-33; Mireille Gauthier *et al.*, *op. cit.*, p. 92; AQEA, [Sans titre], Montréal, AQEA, 1993, p. 2.2 et 3.3-3.5; Françoise Crête, «Les critères d'identification de la dysphasie sévère, un outil fort intéressant!», *Fréquences*, 12, 2 (2000): 10.

35. Madeleine Samson, *op. cit.*, p. 7-19; Anne van Hout, «Aspects du diagnostic des dysphasies», *Approche neuro-psychologique des apprentissages chez l'enfant*, 1, 1 (1989): 11-15; Josée Pothier, Caroline Pouliot et M.-H. Allard, *La dysphasie. Portraits d'enfants*, Québec, Centre Cardinal-Villeneuve, 1996, p. 2-3 et 6-11; Patrick Gadais, José Pouliot *et al.*, «Taxonomie des dysphasies», *Fréquences*, 12, 2 (2000): 17, 21; Bernadette Buttiens, *op. cit.*, p. 2-6 et 8-9, entrevue n° 3.

Cette évolution n'est pas entérinée comme telle par les ministères concernés. En réalité, les orthophonistes se réfèrent rarement à la définition administrative de 1988. Elles privilégient plutôt les reformulations scientifiques des chercheuses québécoises, dont le caractère évolutif, comme il sied à la science, apparaît normal et même souhaitable: l'élargissement, par le truchement de redéfinitions successives, de la catégorie au-delà des balises de 1988 se présente donc sous le visage du progrès scientifique. Ainsi, en 1994, une orthophoniste-chercheuse de l'hôpital Sainte-Justine, proche collaboratrice de l'AQEA, ne voit aucun mal à annoncer que, si elle préfère substituer le terme «dysphasie» à celui d'audimutité, c'est justement parce que «son principal avantage est qu'il englobe tous les troubles de langage d'ordre neurologique (apraxie, sémantique-pragmatique), lesquels [...] n'étaient pas inclus dans la catégorie de l'audimutité<sup>36</sup>». La même année, des orthophonistes en milieu scolaire livrent à leur tour une définition élargie de l'audimutité: autrefois lésion congénitale du circuit auditif, celle-ci est alors plutôt décrite comme un «trouble sévère du langage touchant spécifiquement la compréhension et l'expression<sup>37</sup>». En 2000, l'IRD présente une interprétation fonctionnelle et définitivement élargie du concept, en décrivant tout simplement le dysphasique comme un «individu qui éprouve de grandes difficultés à s'exprimer ou à comprendre<sup>38</sup>». Enfin, en 2005, un comité de l'OOAQ entérine l'assimilation du diagnostic de dysphasie au concept générique de «trouble primaire du langage», mais n'en perpétue pas moins l'usage du mot «dysphasie» pour désigner cette vaste catégorie fonctionnelle.

Ce puissant remaniement des catégories, en étendant le concept de trouble dysphasique aux problèmes sémantiques et pragmatiques, permet aux orthophonistes de diagnostiquer comme audimuets ou dysphasiques des enfants naguère identifiés uniquement comme autistes ou déficients intellectuels, ce qui conduit à l'adjonction d'une clientèle qui échappait

36. Mireille Larose, «Syndromes dysphasiques», AQEA, *Actes du colloque*, *op. cit.*, p. 22.

37. Mireille Gauthier *et al.*, *op. cit.*, p. 91.

38. Rapport annuel de l'IRD, 1999-2000, p. 29; rapports annuels de l'OOAQ, 1991-1992, p. 5; 1992-1993, p. 5; 1994-1995, p. 7; Mireille Larose, «Indices d'anomalies du développement du langage chez l'enfant de 0 à 5 ans», et Bernadette Buttiens, «Atelier de langage», dans AQEA, *Actes du colloque*, *op. cit.*, p. 1-6 et 15-19; AQEA, *Présentation au Collège des médecins du Québec*, Montréal, AQEA, 2000, p. 7; entrevues n<sup>os</sup> 11 et 13.

jusque-là à l'orthophonie<sup>39</sup>. Enfin, en plus d'étirer à l'extrême les contours originels de l'audimutité/dysphasie, cette évolution minimise aussi les aspects non langagiers évoqués en 1988, qui d'obligatoires se font de plus en plus facultatifs ou « associés ». En renforçant la primauté des troubles verbaux dans la définition du problème, les nouvelles formules affermissent la centralité du rôle de l'orthophoniste dans son diagnostic et sa prise en charge<sup>40</sup>.

En un temps record, cette extension de la catégorie provoque une explosion du nombre de diagnostics qui prend au dépourvu les ministères concernés. En 1991, le MSSS et le MEQ constatent une prévalence quatre fois supérieure à celle prévue par les orthophonistes du comité mixte de 1988. En 1992, la soudaineté de demandes encore plus abondantes des commissions scolaires suscite une révision à la baisse des montants alloués, et le ministère s'étonne devant « une clientèle que l'on découvre de plus en plus nombreuse et diversifiée<sup>41</sup> ». En 1995, alors que les données de 1988 annonçaient une prévalence de 0,04 %, des chercheurs orthophonistes en milieu hospitalier suggèrent plutôt une incidence atteignant 5 % chez les enfants d'âge scolaire, prenant cette fois de court les autorités de la santé<sup>42</sup>.

## 5. UNE DYNAMIQUE CLINIQUE AVANT TOUT

Ce spectaculaire épisode de reformulation de la catégorie, qui rend totalement imprévisible l'application du programme de 1988, présente deux caractéristiques : l'importance des initiatives locales et individuelles, d'une part, et l'attribution des problèmes reformulés à des causes neurologiques, d'autre part.

---

39. Une clientèle dans laquelle des psychologues continuent de diagnostiquer l'autisme ou d'autres catégories afférentes ou, dans le cas de certains psychiatres, la schizophrénie. Le chevauchement tient d'ailleurs aussi de l'extension du champ de la psychologie vers la communication par le prolongement de l'autisme vers l'« usage communicatif du langage ». L. Mottron, « La place du trouble de langage dans l'autisme », *Fréquences*, 8, 2 (1996) : 16-18 ; voir la remarque sur l'autisme par Ian Hacking, *The Social Construction of What ?*, Cambridge, HUP, 1999, p. 114.

40. Joane L. Déziel, *loc. cit.* ; comité conjoint du MSSS et du MEQ, *op. cit.* ; entrevue n° 13.

41. Liette Picard et Michel Clermont, *op. cit.*, p. 1.

42. *Ibid.* ; José Pouliot, *loc. cit.*, p. 16-17 ; Madeleine Samson, *op. cit.*, p. 37-39 ; Mireille Larose, « Syndromes dysphasiques », *op. cit.*, p. 22 ; Françoise Crête, *loc. cit.*, p. 10 ; entrevue n° 13 ; Nicole Lessard *et al.*, *op. cit.*, p. 2-4.

En premier lieu, la transformation, quoique rapide, ne survient pas de façon massive ou uniforme, comme cela aurait pu être le cas par le biais d'articles-chocs, de nouveaux cursus universitaires ou d'autres canaux formels. Au contraire, la nouvelle catégorie s'implante de manière très localisée, clinique par clinique, et le plus souvent par l'entremise d'échanges interpersonnels. Devant les pressions de l'AQEA et les changements perceptibles dans les revues américaines, plusieurs orthophonistes en clinique consultent des chercheurs comme John Dudley et élaborent leur conception de la dysphasie en confrontant leurs idées avec celles de leurs collègues et stagiaires, ce qui donne lieu à des interprétations et à de nouvelles pratiques très différentes selon les milieux cliniques. L'usage d'une taxonomie unique comme la grille Rapin-Allen n'unifie guère les pratiques de diagnostic. En fait, dans les années 1990, la variété des pratiques se manifeste avec éclat par la persistance d'une grande variabilité des diagnostics entre les cliniques : rien n'empêche alors un enfant de recevoir des diagnostics fort divergents d'une orthophoniste à l'autre, tant sur le plan du type d'atteinte (morpho-syntaxique? sémantique-pragmatique?) que de sa gravité, alors que les tests et la compréhension même de la nouvelle catégorie varient d'une clinicienne à l'autre. Selon des observateurs du MSSS, «l'hétérogénéité des approches diagnostiques prises au cours de la dernière décennie<sup>43</sup>» rend, encore en 1999, impossible l'établissement d'un profil cohérent de la pratique orthophonique en la matière.

À travers les variations on discerne néanmoins des tendances, déterminées par les enjeux professionnels locaux : les orthophonistes font un usage plus fréquent et régulier des nouvelles catégories dans les milieux où la compétition des psychologues ou psychopédagogues est la plus exacerbée, et où la clientèle offre de plus vastes promesses de diagnostics en matière de communication pure. La part des diagnostics de troubles neurologiques, par rapport aux anciennes catégories psychologisantes comme le retard de développement, se révèle ainsi plus élevée dans certains milieux. Elle se montre, par exemple, beaucoup plus élevée dans les centres pourvus d'équipes multidisciplinaires que dans les unités dirigées par des médecins. En santé, elle est aussi plus élevée dans les services spécifiquement orthophoniques que dans les services jumelés d'orthophonie-audiologie ou centrés sur l'audiologie. Enfin, elle se révèle plus élevée en

---

43. C'est d'ailleurs pour dissiper cette confusion que l'Ordre entend jouer un rôle fédérateur en entamant, en 2003, un processus de définition officielle de la dysphasie. *Ibid.*, p. 15; entrevues n<sup>os</sup> 6 et 7.



milieu scolaire que dans les hôpitaux<sup>44</sup>. L'usage de nouveaux diagnostics, en orthophonie comme dans d'autres disciplines, d'ailleurs, ne serait donc pas étranger aux tensions professionnelles déjà existantes et associées à la constitution de clientèles.

En second lieu, malgré des disparités à tous les autres chapitres, un consensus notable rassemble les orthophonistes autour du postulat d'une origine neurologique au « syndrome dysphasique », présumé dériver d'une lésion congénitale dont la nature est rarement spécifiée. Cette prémisse étiologique est endossée par les orthophonistes de tous les milieux avec une insistance d'autant plus remarquable que, selon les écrits de plusieurs chercheuses, « le lieu de la dysfonction cérébrale reste souvent inconnu » et que « dans environ 80 % des cas, il sera impossible d'identifier une cause précise du handicap<sup>45</sup> ». Stipulée plutôt qu'observée, donc, la lésion est admise dès qu'elle est diagnostiquée indirectement par l'examen, orthophonique, du langage : « Devant l'absence de lésions cérébrales apparentes, c'est l'accumulation d'indices qui conduit généralement au diagnostic d'un syndrome dysphasique<sup>46</sup>. » Le choix clinique de l'orthophoniste dans l'apposition d'une telle étiquette neurologique est manifeste lorsqu'on note que les « indices » ou symptômes retenus à cette fin sont souvent les mêmes (lenteur, inconsistances, faible variété des sons ou du vocabulaire) qui menaient naguère au diagnostic psychologisant de « retard de développement<sup>47</sup> ».

L'invocation d'une cause neurologique aide cependant les cliniciennes à asseoir un diagnostic qui se soustrait à l'autorité des psychologues ou d'autres spécialistes, en distinguant le trouble de communication des labels psychologiques comme les retards développementaux ou les QI

---

44. Murielle Leduc, *Description des services d'orthophonie et d'audiologie offerts par les CHSGS, CHR, CR en déficience physique, URFI et hôpitaux de jour de la région de Montréal-Centre*, RRSSS de Montréal-Centre, 2000, p. 37; John Dudley, *op. cit.*; Danielle Noreau, J.-L. Tousignant *et al.*, *Auditivité. Pédagogie adaptée aux élèves. Pistes pratiques*, Sous-comité régional d'adaptation scolaire de la Montérégie, Saint-Hubert, 1993, 44 p.; Patrick Gadais, José Pouliot *et al.*, *op. cit.*, p. 17; entrevues n<sup>os</sup> 7 et 12; Nicole Lessard *et al.*, *op. cit.*, p. 15, 18 et 40.

45. *Ibid.*, p. 9.

46. Mireille Larose, « Syndromes dysphasiques », *op. cit.*, p. 23 et 30.

47. Mireille Larose, « Indices d'anomalies du développement du langage chez l'enfant de 0 à 5 ans », *op. cit.*; AQEA, [*Sans titre*], *op. cit.*, p. 2.2, 2.9 et 3.3-3.5; Bernadette Buttiens, *L'aphasie congénitale*, *op. cit.*, p. 2-3 et 7; entrevues n<sup>os</sup> 6 et 11.

faibles, ou encore des problèmes auditifs diagnostiqués par l'audiologiste<sup>48</sup>. C'est dans cet esprit que les praticiennes s'approprient chacune à leur façon de nombreux tests disponibles sur le marché, alimentant dans les années 1990 la variété des pratiques diagnostiques dont le seul dénominateur commun est la nécessité de dégager des diagnostics distinctifs. Divers outils psychométriques présentés par des orthophonistes proches de l'AQEA sont ainsi destinés à «dégager chez l'enfant les désordres de nature organique (trouble neurologique) de ceux pouvant être d'origine [psychologique] (trouble affectif, problème de comportement)<sup>49</sup>»; d'autres cliniciennes se servent du test DSM-IV pour isoler des traits autistiques «associés» afin d'en mieux extirper les aspects langagiers<sup>50</sup>.

Pour rendre possible leur nouveau diagnostic, plusieurs cliniciennes choisissent et s'approprient ces outils sans retenir les réserves qui doivent, selon les chercheuses en orthophonie elles-mêmes, en gouverner l'usage. On voit par exemple des praticiennes utiliser comme mesure différentielle l'écart entre un QI verbal et un QI non verbal, quelques années encore après que la communauté académique eut rejeté ce critère d'identification. Une autre orthophoniste, faisant usage d'une grille de mesure de sévérité pour poser ses diagnostics, indique: «Dans l'introduction du guide d'application accompagnant la grille, on fait une mise en garde: nous ne devons pas nous servir de cette grille pour poser le diagnostic de dysphasie. Mais qu'avions-nous d'autre pour confirmer ce diagnostic? <sup>51</sup>»

---

48. Et même des «déficits neurologiques» des neurologues. Postulée en théorie, l'atteinte neurologique exclut en pratique l'orthophoniste dès qu'elle est concrètement avérée par un neurologue qui s'approprie alors le cas.

49. Francine Lussier, *op. cit.*, p. 31.

50. Édith Beaulieu et Louis Beaulieu, «Rétrospective sur une démarche de diagnostic différentiel», dans OOAQ, *Tisser sa toile*, *op. cit.*; Mireille Larose, «Diagnostic différentiel: syndrome dysphasique sémantique-pragmatique, langage de l'autiste, de l'Asperger du TEDDNS», *Fréquences*, 1996, 8, 2 (1996): 10-15; Mireille Larose, «Le "déficit" sémantique-pragmatique: chez le dysphasique, chez l'enfant du spectre de l'autisme et chez l'aphasique épileptogène», dans OOAQ, *Hors des sentiers battus*, *op. cit.*; AQEA, *Les besoins de la clientèle dysphasique*, Montréal, AQEA, 2001, p. 5-7; Nicole Lessard *et al.*, *op. cit.*, p. 1; Madeleine Samson, *op. cit.*, p. 21; Claire Sarrazin, *L'audimutité ou l'aphasie chez l'enfant*, Beauport, CS Beauport, 1989, p. 2-7; Joane L. Déziel, *op. cit.*; Josée Pothier, Caroline Pouliot et M.-H. Allard, *op. cit.*, p. 2.

51. Françoise Crête, *loc. cit.*, p. 12 et 14; Nicole Lessard *et al.*, *op. cit.*, p. 16, 18-24 et 40; Francine Lussier, «Neuropsychologie et audimutité», dans AQEA, *Actes*, *op. cit.*, p. 31-34; Mireille Gauthier *et al.*, *op. cit.*, p. 93; entrevue n° 7.

## 6. UNE ACTIVITÉ DE RECHERCHE EN MILIEU CLINIQUE

Comme il a déjà été mentionné, le savoir relatif aux nouvelles problématiques est développé principalement dans des milieux de recherche extérieurs à l'université, comme au centre hospitalier Côte-des-Neiges. Le poids croissant des nouveaux diagnostics sur le développement des établissements et la disponibilité de diplômées qualifiées en matière de recherche poussent en effet des milieux cliniques à instaurer des programmes de recherche en leurs propres murs. Même si certains projets, au CHUL par exemple, démarrent de manière indépendante, la majorité des centres cherchent cependant à établir un partenariat avec l'École qui, encore en 2002, canalise plus de 67% des subventions de recherche dans le domaine. Ce rapprochement des cliniques et de l'université, d'ailleurs soutenu par les programmes subventionnaires des gouvernements, est inédit par son ampleur: alors que, dans les années 1970, les professeurs de l'École devaient beaucoup démarcher pour avoir accès aux clientèles de Sainte-Justine ou de la CECM, ce sont désormais les hôpitaux qui se déclarent intéressés à un tel partenariat. Les échanges entre milieux cliniques et universitaires favorisent aussi un rapprochement des trajectoires professionnelles, ainsi qu'en témoignent le passage à l'École de chercheurs issus du milieu clinique, comme Bernadette Ska, ou le départ, en 1997, du professeur Yves Joannette pour le centre hospitalier Côte-des-Neiges (qui devient la même année l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal)<sup>52</sup>.

Les chercheurs en milieu clinique, on l'a vu, travaillent souvent en contact étroit avec des neurologues, que ce soit au centre hospitalier Côte-des-Neiges en matière de dysphagie, à la clinique de neurologie de l'hôpital Sainte-Justine en dysphasie ou encore au sein des équipes de TCC comme au Centre d'Youville à Sherbrooke. Cet intérêt pour les problèmes neurologiques constitue un revirement important: jusqu'au début des années 1980, en effet, l'étiologie neurologique restait au contraire peu prise en compte, car elle supposait une référence quasi automatique vers les médecins. La situation

---

52. Dans le même ordre d'idées, on voit des cliniciennes de Villa Medica publier dans des revues scientifiques et participer à la rédaction d'ouvrages savants. EOA, *Planification stratégique*, op. cit., p. 19-20; p.-v. de l'assemblée départementale de l'EOA, 20 octobre 1978, 30 mars 1979, 29 novembre 1991, 18 mars et 8 mai 1992, 26 février, 27 août, 3 septembre et 30 octobre 1993, 2 juin 1994, 9 décembre 1994, 27 janvier, 10 mars, 2 juin et 24 novembre 1995, 2 janvier et 11 avril 1997; rapports annuels du service d'orthophonie de Villa Medica, 1989-1990, p. 38; 1992-1993, p. 19; MSSS, *Répertoire*, op. cit., p. 33-34, 201-202 et 418; entrevue n° 10.

change après 1985 : la profession s'étant émancipée de l'influence médicale, le langage neurologique permet plutôt à des orthophonistes intéressées à la communication totale de formuler des intérêts déjà existants (« de structurer des choses qu'on voyait déjà<sup>53</sup> ») dans un vocabulaire distinct de celui du psychologue<sup>54</sup>.

Les recherches en milieu clinique visent surtout l'élaboration de tests et de données normatives utiles au diagnostic, dans le but d'offrir aux cliniciennes une alternative au matériel bricolé et aux adaptations approximatives d'épreuves américaines. Tel est, par exemple, l'objectif d'un groupe d'orthophonistes scolaires des Laurentides qui se réunit au printemps 1994 pour obtenir des fonds de recherche à cette fin. À l'hôpital Sainte-Justine, les orthophonistes actives en recherche mettent aussi au point, en 1996-1997, une grille normative destinée à l'examen sommaire des enfants de zéro à six ans, tandis qu'une activité importante en matière de dysphasie se déploie à l'Université McGill et au nouveau Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation (CRIR, sis en milieu clinique) pour la mise au point d'outils normalisés. Dans les établissements pour adultes, les cliniciennes de Villa Medica et de l'Institut universitaire de gériatrie valident auprès des patients des tests de dysarthrie mis au point par les chercheurs de l'Institut<sup>55</sup>.

Cette volonté de faciliter l'identification de nouveaux cas monopolise l'essentiel des énergies. De fait, à la production des outils qui soutiennent l'activité diagnostique des cliniciennes s'oppose ainsi la quasi-absence, au cours de la période 1988-2002, d'études d'impact portant sur l'efficacité des thérapies une fois le diagnostic posé. En matière de dysphasie, par exemple, une observatrice du MEQ note, en 1999, le « caractère rarissime des données

---

53. Entrevue n° 10.

54. Francine Lussier, *op. cit.*; Madeleine Lessard, *op. cit.*, p. 6-11; entrevues n°s 3, 5 et 10. Sur le rapport à la neurologie avant 1980, voir Claude Langevin, *op. cit.*, p. 30-31; Lon Emerick et John Hatten, *op. cit.*, p. 134-136; Jon Eisenson et Mardel Ogilvie, *op. cit.*, p. 420-424; Alice Roberts *et al.*, *The Aphasic Child*, Springfield, Thomas, 1966, p. viii; T. Miles et Elaine Miles, *op. cit.*, p. 1-14.

55. Rapports annuels du service d'orthophonie de Villa Medica, 1987-1988, p. 28; 1991-1990, p. 12; 1992-1993, p. 19; Pauline Bélanger et François Bergeron, « Effet de l'entraînement par vidéodisque sur le niveau de performance en lecture labiale », OOAQ, *Hors des sentiers battus*, *op. cit.*; G. Le Dorze, J. Ryalls et M. Julien, « Le Speechviewer comme outil de recherche au service de l'intervention orthophonique auprès des adultes », *Fréquences*, 8, 1 (1995): 12-13; Bernadette Ska, « Quand les orthophonistes en milieu scolaire s'organisent », *loc. cit.*, p. 24-26; L. Gingras, « Modèle d'intervention orthophonique en milieu scolaire auprès de jeunes autistes », *Fréquences*, 8, 2 (1996): 24-26; « Grille normative du développement langagier », *Fréquences*, 10, 1 (1997): 12-13; C. Cyr-Stafford et M. Poisson, « Faut-il rééduquer la compréhension ? », *Fréquences*, 10, 2 (1998): 10-11; entrevues n°s 2, 10, 11, 12 et 13.

disponibles chez les enfants répondant à un diagnostic de dysphasie<sup>56</sup>». Ce silence sur les effets du travail orthophonique préoccupe d'ailleurs certaines personnalités influentes de la profession: en 1996, la pionnière Mary Cardozo enjoint les orthophonistes à continuer de défendre leur monopole «tout en se préoccupant davantage de l'efficacité de leurs interventions<sup>57</sup>». Dans les années qui suivent, Renée Boisclair-Papillon, ancienne présidente de l'Ordre, craint aussi que l'absence de critères d'efficacité des thérapies n'expose la profession à l'arbitraire du gouvernement lors de l'imposition d'éventuels contrats de performance avec les hôpitaux<sup>58</sup>.

## 7. SURDITÉS ACQUISES ET NOUVELLES TECHNOLOGIES

En audiologie aussi, des praticiens, dès le début des années 1980, se font de plus en plus sensibles aux problèmes fonctionnels. Dans certains grands centres, comme l'IRD et l'Institut des sourds de Charlesbourg (ISC), des audiologistes portent un intérêt accru à des surdités non pas innées ou infantiles, mais acquises chez des adultes, soit en raison de l'âge ou au contact d'un environnement bruyant comme dans le cas de l'audiologie industrielle. À l'IRD, par exemple, on assiste à une explosion de la clientèle des «devenus sourds», dont le nombre passe de 30 à pas moins de 507 en moins de deux ans, entre 1983 et 1985, pour exploser encore de 200% entre 1985 et 1989<sup>59</sup>.

Il s'agit là, pour ces établissements, d'une clientèle relativement nouvelle, «un groupe-cible méconnu», selon les représentants de l'établissement, de gens «qui ont... très peu réalisé jusqu'ici qu'elles avaient droit à des services<sup>60</sup>». Outre au vieillissement de la population et à l'évolution

56. Claire Sarrazin, *op. cit.*; Madeleine Samson, *op. cit.*, p. 41; Jean Turgeon et Hervé Anctil, *op. cit.*, p. 83; Nicole Lessard *et al.*, *op. cit.*, p. 1 et 15; José Pouliot, *loc. cit.*, p. 16-17; entrevue n° 9.

57. Louise Coderre *et al.*, *loc. cit.*

58. Renée Boisclair-Papillon, «Éditorial», *loc. cit.*; entrevue n° 2. Un projet du centre de réadaptation La Ressource, à la fin des années 1980, vise la production d'indicateurs pour évaluer les interventions auprès des TCC, mais on n'a pu en trouver de suites dans les documents; MSSS, *Répertoire, op. cit.*, p. 225.

59. Rapport annuel de l'IRD, 1983-1984, p. 12. Pour l'ISC, voir Michel Picard et Jean-Pierre Gagné, *Articulation des activités audiologiques et audioprothétiques dans l'attribution des aides auditives*, novembre 1994, p. 10; lettre de B. Godbout à J.-G. Villeneuve, 1<sup>er</sup> mai 1984 et lettre de Y. Lauzon à T. Mulcair, 10 mars 1989, archives de l'Ordre des audioprothésistes du Québec, dossier «Institut des sourds», boîte «Comm-M».

60. *Ibid.*, 1983-1984, p. 12; 1988-1989, p. 15.

technologique des appareils de mesure, la progression du nombre de cas de surdité acquise est attribuable à l'intensification de pratiques de diagnostic, dites différentielles, qui isolent avec plus d'acuité la perte auditive et pour lesquelles l'IRD et l'ISC, au milieu des années 1980, cherchent à augmenter leur personnel. Après 1987, l'évolution des pratiques diagnostiques se double d'une sensibilisation de la clientèle âgée : pendant que des représentants de l'École et de la Corporation précisent les contours de cette clientèle spécifique, des audiologistes sur le terrain répondent aux « besoins liés à un manque d'information » des personnes rencontrées, dont on remarque corrélativement qu'elles « acceptent de moins en moins passivement » leur perte auditive<sup>61</sup>.

Après 1990, comme cela avait été le cas en orthophonie scolaire, c'est en grande partie par l'intermédiaire des DSC (devenus en cours de route des DSP ou départements de santé publique) et des CLSC que des audiologistes accèdent aux patients ainsi ciblés. La mise en place de programmes en surdité acquise, notamment, est facilitée par la présence d'audiologistes dans plusieurs DSP où ils œuvrent souvent à des tâches d'épidémiologie et de programmation. Dans Lanaudière, le soutien d'une audiologiste en DSP favorise ainsi l'application, en 1995, d'un programme de réadaptation pour les victimes de surdité professionnelle mis au point par des professeurs de l'École. L'IRD, pour sa part, intervient à partir de 1992 dans les murs de certains CLSC montréalais avec qui il scelle, après 2000, des partenariats pour sensibiliser les personnes âgées et aiguiller des patients éventuels vers ses propres services audiologiques. À l'extérieur de Montréal, l'accès aux canaux communautaires présente d'ailleurs un enjeu particulièrement stratégique, car c'est souvent par la prospection dans les foyers pour personnes âgées, parfois grâce à leurs liens avec des CLSC, que des audioprothésistes de région enregistrent des succès jugés indus<sup>62</sup>.

61. Des intervenants de l'IRD et de la Corporation commencent aussi à suggérer des taux de prévalence pour cette clientèle, estimant ainsi, en 1989, à 50% la proportion de personnes âgées « susceptibles de présenter un problème auditif allant de léger à sévère ». Si les personnes âgées représentent depuis longtemps une part appréciable de la clientèle audiolgologique, il reste que cet ordre de grandeur, inspiré par des approches diagnostiques plus serrées, demeure inédit à cette époque. Rapports annuels de l'IRD, 1983-1984, p. 12; 1987-1988, p. 3 et 13; 1988-1989, p. 11; Institution des Sourds de Montréal, *Projet visant à développer des services de réadaptation fonctionnelle pour personnes sourdes adultes par l'ISM*, Montréal, ISM, 1984, p. 14; Hélène Caron, *op. cit.*, p. 151-153.

62. P.-v. du Comité d'audiologie de l'OOAQ, 1<sup>er</sup> mars, 7 juin et 6 septembre 1995; rapports annuels de l'IRD, 1991-1992, p. 4; 1995-1996, p. 13-14; 2000-2001, p. 1; OOAQ, *La problématique des services professionnels en matière de troubles auditifs au Québec*, Montréal, OOAQ, 1995, 14 p.; Johanne Toutant, « Éditorial », *Fréquences*,

Parmi les audioprothésistes en bureau privé (les acousticiens ont pris le nom, vers la fin des années 1970, d'«audioprothésistes»), plusieurs, en effet, s'octroient toujours une autonomie en matière d'identification des besoins qui irrite bon nombre d'audiologistes, et qui distrait une part de la nouvelle clientèle hors des cliniques d'audiologie sises dans les établissements publics. En tant qu'uniques pourvoyeurs de prothèses, les audioprothésistes profitent ainsi de leur avantage à représenter un goulot d'étranglement incontournable pour la majorité de la clientèle. Jusqu'au début des années 1990, cette position privilégiée est renforcée par la forme des programmes gouvernementaux de remboursement des aides auditives: en 1993, ainsi, 99 des 103 distributeurs accrédités par le MSSS sont des audioprothésistes<sup>63</sup>. En peu de temps, cependant, les aléas de la politique et un lobby efficace de l'OOAQ renversent la donne professionnelle en cette matière.

Grâce à un travail de longue haleine qui remonte au début des années 1980, les représentants corporatifs des audiologistes se sont déjà gagné une oreille attentive de la part des deux organismes publics responsables du programme, la RAMQ et l'OPHQ, en faisant la promotion d'un contrôle plus étroit des audioprothésistes, dont les coûts de la vente d'appareils couverts par l'État augmentent vertigineusement. En 1993-1994, en raison de cette hausse des coûts, la gestion du programme passe d'ailleurs complètement des mains de l'OPHQ à celles de la RAMQ en vue d'une éventuelle rationalisation des dépenses. Mus par les appréhensions ou par les promesses de ce flottement administratif, les audioprothésistes se mobilisent aussitôt pour exiger une forte hausse des montants forfaitaires versés par le programme; en guise de moyen de pression devant un premier refus de l'État, ils se désengagent en masse du programme de distribution d'appareils de suppléance auditive. La réaction gouvernementale ne se fait pas attendre, et rejoint indirectement les demandes de l'OOAQ pour une plus grande prise des audiologistes sur ce marché: un décret est émis, qui autorise les établissements de soins à vendre eux-mêmes des appareils de suppléance auditive, suscitant l'ouverture de comptoirs dans des centres publics où, contrairement au secteur privé, les audiologistes occupent une position dominante en matière d'évaluation des besoins auditifs<sup>64</sup>.

---

8, 4 (1996): 3-4; L. Paré, «Application du programme du GAUM dans la région de Lanaudière», *Fréquences*, 8, 4 (1996): 14-15; Renée Boisclair-Papillon, «Mot de la présidente», 7, 4 (1995): 4-5.

63. Rapport annuel de l'IRD, 1999-2000, p. 1.

64. Rapport annuel de l'Ordre des audioprothésistes du Québec, 1992-1993, p. 9; rapports annuels de l'IRD, 1998-1999, p. 1; 1999-2000, p. 1; 2000-2001, p. 2; «Éditorial», *Fréquences*, 8, 1 (1995) et 11, 1 (1999): 3.

À l'IRD, l'explosion des activités liées à l'attribution d'aides auditives fait passer de deux à cinq le nombre d'audiologistes qui participent à ce programme. À la fin des années 1990, l'administration du centre lui attribue aussi une certaine diversification de la clientèle vers les acouphènes ou le suivi de personnes âgées en centres de jour, tandis que, après 1999, l'ouverture d'un nouveau comptoir de prothèses auditives s'accompagne d'une croissance encore renouvelée de la clientèle âgée<sup>65</sup>.

Si la prise en charge d'une clientèle d'ânés et d'autres surdités acquises explique bien l'essentiel de la croissance dans plusieurs services d'audiologie après 1985, il ne faut pas oublier que les audiologistes rencontrent aussi une clientèle d'enfants dont certains milieux se font même une spécialité. L'IRD, encore une fois, accueille plusieurs enfants sourds de naissance et d'autres qui souffrent de problèmes d'audition. Dans les hôpitaux, on reçoit plusieurs visites d'enfants ayant souffert d'otites graves, tandis que des programmes d'une certaine importance se développent autour des troubles auditifs de jeunes et même de très jeunes enfants. À l'hôpital Maisonneuve-Rosemont, le service d'audiologie acquiert un équipement audiométrique adapté à la pédiatrie, qui fait croître de 23 % le nombre de visites entre 1990 et 1993; aussi, à partir de 1993, l'Hôpital de Montréal pour enfants emploie une audiologiste pour dépister les déficiences auditives chez les nourrissons à risque. Après 1999, de tels programmes de dépistage chez les nouveau-nés se multiplient au Canada et aux États-Unis, alors que l'Ordre somme l'État québécois d'emboîter le pas<sup>66</sup>.

À la fin des années 1980, des préoccupations fonctionnelles inspirent certains praticiens, notamment en milieu communautaire, la vision d'une «audiologie sans audiomètre<sup>67</sup>», ou moins strictement déterminée par l'usage d'appareils de mesure. Plusieurs audiologistes intègrent d'ailleurs à leur pratique des approches d'audiométrie par le jeu pour les jeunes enfants. Plus important, des cliniciens complètent leurs activités de mesure en jouant

65. Rapports annuels de l'IRD, 1984-1985, p. 15; 1995-1996, p. 1; 1998-1999, p. 1; 2000-2001, tableaux.

66. Rapports annuels du service d'orthophonie-audiologie de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont, 1991-1992 et 1992-1993; rapports annuels de l'IRD, 1988-1989, p. 15; 1987-1988, p. 13; 1992-1993, p. 6; OOAQ, *Avis de l'OOAQ sur le dépistage universel de la surdité chez les nouveau-nés*, Montréal, OOAQ, 2001, 17 p.; Murielle Leduc, *op. cit.*, p. 30 et 37; S. Julien, «Le dépistage précoce de pertes auditives chez les nourrissons», *Fréquences*, 10, 1 (1997): 14-16; Renée Boisclair-Papillon, *op. cit.*

67. Comité d'audiologie de la CPOAQ, «25 ans d'audiologie», CPOAQ, *Actes du colloque «À la grandeur du Québec»*, *op. cit.*, p. 11.



un rôle d'encadrement de certaines habitudes de vie pour favoriser une «utilisation maximale des restes auditifs<sup>68</sup>» de leurs patients, associant ainsi l'usage de leurs appareils à des objectifs de counseling qui les éloignent du statut de technicien<sup>69</sup>.

L'audiologie n'en demeure pas moins une pratique d'appareillage. Dans les années 1990, les nouveautés importantes tiennent à l'apparition de nouveaux appareils comme des masqueurs d'acouphènes, des prothèses programmables et les implants cochléaires. C'est d'ailleurs sur ces percées technologiques que disent compter les représentants corporatifs des audiologistes pour «reprendre une place plus importante<sup>70</sup>» face aux audioprothésistes.

Importée des États-Unis après 1990, la manipulation d'implants cochléaires, qui consiste en l'installation par voie chirurgicale d'un appareil dans l'oreille interne d'enfants nés sourds, renouvelle tout particulièrement la pratique audiolgologique dans les établissements qui s'y adonnent. Activités hautement spécialisées, l'installation et le suivi d'un implant cochléaire remettent fermement l'analyse auditive entre les mains de l'audiologiste, qui s'assure notamment de la programmation informatique de l'implant. D'abord disponible au CHUL, où se développe une équipe de recherche sous la direction d'un médecin ORL, cette technologie arrive à Montréal au tournant du millénaire, plus précisément à l'IRD qui, en 2002, assure le suivi de près de 140 porteurs d'implants cochléaires. Cette clientèle, qui reçoit l'implant de plus en plus jeune, représente au sein de l'Institut la clientèle infantile qui connaît la plus rapide croissance après les dysphasiques<sup>71</sup>.

68. Rapport annuel de l'IRD, 1988-1989, p. 5.

69. Programme national d'amélioration de la productivité des hôpitaux, *op. cit.*, p. 25-26; rapport annuel de l'IRD, 1988-1989, p. 5.

70. Comité d'audiologie de la CPOAQ, *op. cit.*, p. 13; p.-v. du Comité d'audiologie de la CPOAQ/OOAQ, 1994-1995. Sur l'usage de machines dans des milieux aussi divers que l'IRD, l'hôpital Sainte-Justine et la CECM, voir Daniel Beaudoin, «Évaluation audiolgologique du couplage des systèmes MF aux appareils auditifs» et «Questions-Réponses», *Fréquences*, 8, 1 (1995): 17-19; D. Bois et M. Gendron, «“Court-circuit”: les aides auditives», *Fréquences*, 11, 1 (1999): 15-25.

71. En 2000, 15% des «implantés» de l'IRD sont âgés de 4 à 12 ans, et 21% sont âgés de 0 à 4 ans; rapports annuels de l'IRD, 1999-2000, tableaux; 2000-2001, tableaux; entrevue n° 3. L'implant cochléaire intensifie aussi, à l'échelle nord-américaine, une polémique qui incite les établissements concernés à la prudence, alors que la médicalisation de la surdité, et donc son assimilation à une infirmité, se bute aux critiques d'une portion de la communauté sourde qui y voit la négation de son existence en tant que

## 8. DE RETOUR EN RÉADAPTATION

On s'en doute, les mutations de la pratique, en orthophonie comme en audiologie, s'accompagnent d'importantes transformations dans le profil d'emploi et dans les conditions d'exercice de la profession. Comme on le verra, la rencontre avec une nouvelle clientèle se double d'une nette amélioration du statut professionnel des membres, associée à une grave pénurie de personnel qui perdure encore aujourd'hui.

La période 1988-2003, comme la période précédente, est un moment d'importante croissance des effectifs pour la profession. Dès 1991, une augmentation de la capacité d'accueil de l'École fait grimper le nombre de nouvelles diplômées d'une trentaine à près de cinquante par année. À partir de 1995, l'Université McGill élève à son tour sa production de diplômées au-dessus d'une vingtaine par année et le poids relatif du programme anglophone, jusque-là négligeable, atteint dorénavant 15 % de la diplomation annuelle au Québec. Tous ces ajouts font plus que doubler l'accroissement naturel de la profession qui, de 495 membres en 1988, dépasse le millier et atteint près de 1 150 orthophonistes-audiologistes en 2001. Pendant cette période, la proportion d'audiologistes reste stable à un peu moins de 20 %, le nombre total passant de 99 à un peu plus de 200. Enfin, la féminisation de la profession continue de s'accroître, la proportion d'hommes parmi les nouvelles diplômées plafonnant à moins de 7 %, soit trois ou quatre nouveaux praticiens par année<sup>72</sup>.

L'évolution des secteurs d'embauche illustre bien l'écart croissant entre les positions respectives des audiologistes et des orthophonistes dans le domaine de la santé. En vertu de la spécialisation de leurs clientèles

---

groupe culturel au profit d'un complexe de professionnels de la santé au service duquel, selon une porte-parole de ce mouvement, «les audiologistes remettent des enfants sourds sains transformés en patients entre les mains d'éducateurs spécialisés», Harlan Lane, «Vue historique de la médicalisation de la surdité de culture», *Psychanalystes*, 46-47 (1993): 173.

72. En guise de comparaison, en 1997 on compte 2 192 ergothérapeutes et 3 077 physiothérapeutes, contre 976 orthophonistes-audiologistes inscrites à l'Ordre. Tableaux du membership tirés des rapports annuels de la CPOAQ/OAQ; CPOAQ, *L'évolution de l'orthophonie et de l'audiologie au Québec*, Montréal, CPOAQ, 1989, p. 3; CPOAQ, *Répartition géographique des effectifs en orthophonie et en audiologie selon les régions du Québec*, Montréal, CPOAQ, 1994, tableau; OOAQ, *Avis sur la problématique de la suramplification et la nécessité de la gestion des risques associés*, Montréal, OOAQ, 1998, 15 p.; Commission des universités sur les programmes, *Les programmes d'orthophonie et audiologie... Rapport n° 17*, 1999, p. 82 et 85.

respectives, l'orthophoniste et l'audiologiste travaillent moins de concert et, surtout, se réfèrent de moins en moins de cas l'un à l'autre. De 1985 à 1995, les tenants de chaque discipline s'éloignent tant sur les lieux de travail, où les unités administratives sont de plus en plus distinctes, que dans les universités où la spécialisation entre les enseignements s'accroît au point de donner lieu à l'École, entre 1986 et 1990, à d'orageux échanges au sujet de l'unité des programmes d'études<sup>73</sup>.

Cette différenciation s'inscrit aussi dans la distribution au sein du système de santé. Ainsi, les audiologistes, en dehors de certains centres spécialisés comme l'IRD, travaillent toujours massivement dans les hôpitaux<sup>74</sup>. En orthophonie, au contraire, alors que la vague d'embauche en psychiatrie des années 1980 avait ramené une majorité de praticiennes en centre hospitalier, les nouveaux postes des années 1990 sont majoritairement créés dans des centres de réadaptation, où ils sont destinés au traitement de nouveaux groupes de clientèle comme les TCC et les enfants dysphasiques. La tendance s'amorce encore à Montréal où, de 1988 à 1993, la part annuelle des centres de réadaptation dans l'ouverture de nouveaux postes passe de 17 % à près de 30 %, une évolution qui s'accélère par la suite et renverse l'équilibre en vigueur jusque-là : alors que, en 1993, 50 % des orthophonistes montréalaises en santé travaillaient en milieu hospitalier et 30 % en réadaptation, en 2000 la part des hôpitaux tombe à 36,5 %, comparativement à 52 % en réadaptation<sup>75</sup>.

Le mouvement touche rapidement les régions les plus proches de la métropole. De 1990 à 1993, les créations de postes au Service montérégien de réadaptation (SMR) et au centre de réadaptation Le Bouclier (dans

73. Voir mon texte à venir sur l'histoire de l'École après 1976 ; rapport annuel de la CPOAQ, 1985, p. 12 ; rapport annuel de l'IRD, 1993, p. 7 ; p.-v. du Comité d'audiologie de la CPOAQ/OOAQ, 7 septembre, 19 octobre et 7 décembre 1994 ; Comité d'audiologie de la CPOAQ, *op. cit.*, p. 13.

74. Le lourd investissement que représente une clinique d'audiologie entraîne également pour les audiologistes une dispersion régionale particulière : on trouve proportionnellement plus de services dans les grandes villes et les régions les plus éloignées, comme le Saguenay ou l'Abitibi-Témiscamingue, alors que des zones intermédiaires, comme Laval et la Mauricie, profitent plutôt de la proximité de la métropole pour y diriger des cas ; CPOAQ, *L'évolution de l'orthophonie et de l'audiologie au Québec*, Montréal, CPOAQ, 1989, p. 3 ; Murielle Leduc, *op. cit.*, p. 5-7, 28, 30 et 37 ; OOAQ, *Ratio audiologiste/population pour différentes régions*, Montréal, OOAQ, 1995, tableau ; *Avis sur la problématique de la suramplification et la nécessité de la gestion des risques associés*, Montréal, OOAQ, 1998, 15 p. ; CPOAQ, *Répartition géographique...*, *op. cit.*

75. *Annuaire des membres de la CPOAQ/OOAQ, 1988-1993* ; Liette Picard et Michel Clermont, *op. cit.*, p. 13 ; Murielle Leduc, *op. cit.*, p. 5-7.

Lanaudière) remplacent le milieu scolaire à titre de locomotive de la discipline dans les régions concernées. Après 1993, le mouvement s'accroît et atteint des régions plus éloignées; comme dans les années 1980, c'est d'ailleurs dans les régions les moins préalablement loties que les milieux en vogue pèsent le plus lourd. De 1993 à 2001, par exemple, les centres de réadaptation assurent pas moins de 69 % des nouvelles embauches d'orthophonistes dans le Bas-Saint-Laurent et en Gaspésie, où la part de la réadaptation dans le personnel régional en orthophonie passe de 25 % à 47 %. Durant la même période, la part d'embauche des centres de réadaptation passe aussi de 0 % à 42 % au Saguenay-Lac-Saint-Jean et de 13 % à 47 % en Abitibi-Témiscamingue; en Mauricie, cette part annuelle de l'embauche grimpe de 25 % à plus de 80 %<sup>76</sup>. Grâce à l'augmentation du nombre de praticiennes, des régions éloignées se trouvent beaucoup mieux desservies. Entre 1993 et 2001, le nombre de d'orthophonistes passe ainsi de 3 à 15 en Gaspésie et dans les Îles-de-la-Madeleine, et de 12 à 19 en Abitibi-Témiscamingue, une croissance dont ne profite toutefois pas la Côte-Nord, laquelle reste de loin la région la moins bien servie<sup>77</sup>. Même si la réadaptation draine l'essentiel des nouveaux effectifs, les services proprement hospitaliers ne cessent pas pour autant de croître et de se multiplier. La prédominance des grands services continue de se diluer dans l'ouverture de petits programmes, par exemple à l'Hôtel-Dieu de Lévis ou dans des établissements régionaux comme à Beauceville, Thetford Mines, Mont-Joli ou Alma. Cette extension accrue de l'orthophonie hospitalière demeure cependant inégale: au milieu des années 1990, la plus grande partie des services de Terrebonne, de Beauharnois et de l'Estrie reste ainsi centralisée à Saint-Jérôme, Châteauguay et Sherbrooke, laissant en plan des villes comme Valleyfield et Granby. Dans les villes, les services de quelque importance comptent alors en moyenne trois ou quatre praticiennes, à l'exception notable de l'hôpital Sainte-Justine qui finance plus de treize postes d'orthophonistes à temps plein<sup>78</sup>.

Après 1995, des transformations administratives facilitent un remaniement des pratiques de diagnostic. D'une part, les coupures budgétaires et le virage ambulatoire accélèrent, parfois de plusieurs semaines, le transfert

---

76. *Annuaire des membres de la CPOAQ/OOAQ, 1988-2001.*

77. Tableaux du membership tirés des rapports annuels de la CPOAQ/OOAQ; CPOAQ, *L'évolution de l'orthophonie, op. cit.*, p. 3; Liette Picard et Michel Clermont, *op. cit.*, p. 15; Alexandra Gladu, «Services en région – une expérience dans le Nord du Québec», *Fréquences*, 11, 2 (1999): 21-23.

78. *Annuaire des membres de la CPOAQ/OOAQ, 1993-2001*; Murielle Leduc, *op. cit.*, p. 7.

des patients des hôpitaux vers les centres de réadaptation, puis la transition vers les phases subséquentes de réinsertion. Les délais de plus en plus serrés renforcent le rôle d'aiguilleur des professionnels aptes à diagnostiquer et à référer les cas, rendant plus critique le gain de pareilles positions. D'autre part, en forçant une pratique pointue et intensive, ces contraintes offrent un terreau fertile à l'adoption, par les administrations locales, des grilles fonctionnelles, aux objectifs plus opératoires. Ces grilles, et les catégories qui leur sont associées, deviennent la pierre d'assise des établissements les plus récents, comme le Centre de réadaptation de la Gaspésie, fondé après 1996<sup>79</sup>. Enfin, les centres de réadaptation, jusque-là dispersés, sont bientôt regroupés en structures régionales uniques dotées de multiples points de service, comme le Centre montréalais de réadaptation (CMR, la nouvelle appellation du SMR) qui couvre l'ensemble de la Montérégie avec des locaux à Sorel, Saint-Hyacinthe, Saint-Jean-sur-Richelieu et Château-guay. Bénéficiant de ressources plus concentrées et mieux coordonnées, ces organismes y gagnent une capacité neuve de développer de nouveaux services et investissent en priorité dans les domaines en croissance comme la petite enfance<sup>80</sup>.

Dans ce contexte, la capacité renouvelée des orthophonistes et des audiologistes à identifier des cas grâce à des diagnostics nouveaux prend vite une grande valeur pour des établissements en quête d'un rafraîchissement de leurs mandats ou d'un accroissement de leur clientèle. Leur impact est parfois décisif. À l'IRD, la spectaculaire augmentation de la clientèle infantile après 1995 est presque entièrement attribuable à un nouveau programme consacré à la dysphasie. D'autres centres plus conventionnels connaissent une évolution similaire, comme le CMR qui accueille, à partir des années 1990, une grande majorité d'enfants souffrant de troubles du langage<sup>81</sup>.

79. Rapports annuels du service d'orthophonie de Villa Medica, 1989-1990, p. 13; 1998-1999, p. 11; «Éditorial», *Fréquences*, 10, 2 (1998): 3; L. Delbart et I. Coulombe, «Pour une vision élargie du continuum de services en Gaspésie», *Fréquences*, 11, 2 (1999): 14-17; entrevues n<sup>os</sup> 2 et 10.

80. Rapports annuels de l'IRD, 1985-1986, p. 2; 1990, p. 4; 2000; annuaires des membres de la CPOAQ/OOAAQ, 1977-2003; Murielle Leduc, *op. cit.*, p. 8-9, 13, 17-18 et 29; L. Delbart et I. Coulombe, *loc. cit.*; entrevue n<sup>o</sup> 6. Voir Jean Turgeon et Hervé Anctil, *op. cit.*, p. 99-100; Louise Demers, Yolande Pelchat et Ginette Côté, «Intégration institutionnelle et intégration des services», *Recherches sociographiques*, XLIII, 3 (2002): 553.

81. Rapports annuels de l'IRD, 1993-1994, p. 10; 1999-2000 (tableaux); 2000-2001 (tableaux); entrevue n<sup>o</sup> 6.

À mesure qu'émerge une clientèle identifiée par leurs soins, les orthophonistes et les audiologistes acquièrent une nouvelle stature dans les rapports interprofessionnels. L'encadrement de plusieurs patients leur revient désormais d'office : à l'IRD, en 2001, les jeunes enfants sont pris en charge dans une bien plus grande proportion, et beaucoup plus étroitement, par l'orthophoniste que par la psychologue<sup>82</sup>. Dépendant moins des retombées résiduelles de troubles identifiés par d'autres, les orthophonistes deviennent au contraire une source de nouvelles références pour leurs milieux. Dans les années 1990, plusieurs enfants sont dorénavant introduits dans le circuit de la santé en raison de problèmes de langage diagnostiqués en orthophonie, pour n'être référés qu'ensuite aux ergothérapeutes ou aux psychologues en raison de retombées motrices ou psychosociales « associées » à la dysphasie. À l'inverse des décennies précédentes, c'est aux autres professionnels qu'il revient alors de compléter le travail de l'orthophoniste et d'en attendre les recommandations<sup>83</sup>.

## 9. UNE PÉNURIE DE MAIN-D'ŒUVRE

L'ouverture de ces nouveaux postes est capitale pour la profession. En effet, dans un contexte d'augmentation galopante du nombre d'orthophonistes disponibles, les nouvelles diplômées se butent, jusqu'en 1995, à un marché de l'emploi saturé et avare en opportunités. Dès la fin des années 1980, la saturation du marché est provoquée par la stabilisation de l'embauche en milieu scolaire, dernier moteur de la création d'emplois héritée de la période

82. Qui plus est, la prégnance de l'orthophonie et de l'audiologie au sein de l'Institut croît de manière ininterrompue pendant la période, la poids de ces services dans le budget passant de 17 % à 40 % entre 1983 et 1993, et la proportion d'orthophonistes et d'audiologistes dans le personnel clinique grim pant ensuite de 40 % à 50 % entre 1993 et 2001. Rapports annuels de l'IRD, 1992-1993, p. 13; 1995-1996, p. 2; 1996-1997, p. 27; 1997-1998, p. 23; 1998-1999, p. 13; 1999-2000, p. 6; 2000-2001, p. 7.

83. Parfois, des problèmes de langage naguère considérés comme des effets secondaires de troubles psychologiques, intellectuels ou moteurs sont dorénavant qualifiés de « syndromes dysphasiques » dont les traits deviennent alors de plein droit des cas spécifiquement orthophoniques. Rapports annuels de l'IRD, 1988-1989, p. 6; 1992-1993, p. 7; 2000-2001, p. 1 et tableaux; rapports annuels du service d'orthophonie de Villa Medica, 1987-1988, p. 8; 1989-1990, p. 11, 1990-1991, p. 9 et 20; 1996-1997, p. 17; Comité conjoint du MSSS et du MEQ, *op. cit.*, p. 2; Doris Desruisseaux, *L'enfant présentant un syndrome dysphasique et l'ergothérapie*, AQEA-Estrie, 1992, 8 p.; Liette Picard et Michel Clermont, *op. cit.*, p. 10 et 15-16; entrevues n<sup>os</sup> 6 et 13.

précédente. C'est d'abord le cas à Montréal et dans ses alentours, où la vague scolaire est passée plus tôt et où elle se dissipe en premier: entre 1985 et 1993, la part d'embauche du réseau scolaire baisse ainsi de 42 % à 34 % à Montréal, et de 63 % à 27 % dans les régions avoisinantes, créant une raréfaction des postes disponibles<sup>84</sup>.

Les diplômées sans emploi ne s'inscrivent pas au chômage pour autant, mais offrent plutôt leurs services dans des bureaux privés, dont la part d'emploi, jusque-là marginale en orthophonie, passe brusquement, entre 1985 et 1993, de 6 % à 14 % à Montréal et de 3 % à 15 % dans les autres régions. Après 1993, la pratique privée se répand et apparaît dans plusieurs régions dont elle était absente, comme le Bas-Saint-Laurent, le Saguenay-Lac-Saint-Jean ou la Côte-Nord. Au milieu des années 1990, on peut ainsi estimer à plus de 15 %, soit environ une centaine, le nombre d'orthophonistes qui travaillent dans le privé tout en occupant parfois un autre emploi à temps partiel dans un établissement public<sup>85</sup>. Le travail dans le privé apparaît alors, jusqu'à la fin des années 1990 à tout le moins, comme une voie de dépannage, le plus souvent à mi-temps, pour des praticiennes en mal d'emploi et qui abandonnent généralement cette pratique dès qu'apparaît la possibilité d'un poste dans le système public de santé<sup>86</sup>.

Le réseau sanitaire se montre lui aussi quelque peu chiche en positions d'avenir. Les plus jeunes n'obtiennent souvent que des contrats temporaires, fréquemment des remplacements de congés de maternité, nombreux au sein d'une profession féminine et jeune. Le temps partiel est aussi fort répandu: à l'hôpital Maisonneuve-Rosemont par exemple, en 1994, quatre orthophonistes pourvoient l'équivalent de 2,8 postes et, encore en 2000, seulement 38 % des postes d'orthophonistes en milieu hospitalier montréalais, et 25 % des postes d'audiologistes, sont à temps plein. La situation est certes meilleure en réadaptation avec 63 % de postes à temps plein,

---

84. *Annuaire des membres de la CPOAQ/OOAQ, 1983-2001*; voir rapports annuels de la CPOAQ, 1987-1988, p. 3.

85. *Annuaire des membres de la CPOAQ/OOAQ, 1983-2001*; CPOAQ, *La pénurie de services en orthophonie-audiologie*, pochette de presse, 1994, p. 2-3 et 8; rapports annuels de la CPOAQ, 1987-1988, p. 3; 1988-1989, p. 3-4.

86. *Annuaire des membres de la CPOAQ/OOAQ, 1993-2001*; Renée Boisclair-Papillon, «Mot de la présidente», 7, 4 (1995): 4-5; entrevues nos 5, 6, 11 et 12.

mais ces taux restent bien en deçà de la moyenne des autres professions de santé, et notamment de l'ergothérapie et de la physiothérapie où la proportion de postes à temps plein oscille entre 80 % et 90 %<sup>87</sup>. La rareté et la précarité des débouchés provoquent l'impatience d'orthophonistes et de diplômées qui commencent à déplorer leurs tristes perspectives d'emploi. En 1994, après avoir empêché de haute lutte la fermeture de postes dans des écoles de Varennes, un groupe d'orthophonistes scolaires vilipende la « tiédeur » de l'Ordre devant une situation où « le problème... ne s'explique pas par une pénurie de main-d'œuvre mais plutôt par une pénurie de postes convenables<sup>88</sup> ».

À mesure, cependant, que l'implantation des nouveaux diagnostics par les orthophonistes en place accroît leur clientèle, de plus en plus d'acteurs du monde de la santé commencent à évoquer le spectre d'une réelle pénurie de personnel en orthophonie. Le nombre de références en orthophonie, principalement en dysphasie, augmente en effet rapidement et l'on voit apparaître des listes d'attente pouvant atteindre, en 1999, de trois à six mois dans les centres de réadaptation et jusqu'à un an à l'hôpital Sainte-Justine<sup>89</sup>.

Cette pénurie subite se présente comme une conséquence directe des nouvelles activités des orthophonistes elles-mêmes. En vertu des nouvelles catégories comme la dysphasie, celles-ci diagnostiquent un bien plus grand nombre de cas qu'elles prennent en charge ou réfèrent à d'autres orthophonistes<sup>90</sup>, suscitant, grâce à ces filières de référence et de diagnostic, une demande accrue de leurs propres services. C'est ainsi que les listes d'attente les plus longues émanent toutes, paradoxalement, des établissements les mieux pourvus en orthophonistes, comme Sainte-Justine ou l'IRD, puisque

87. Rapports annuels de l'IRD, 1987-1988, p. 2; 1990-1991, p. 2; 1992-1993, p. 2; 1998-1999, p. 2-3; rapport annuel du service d'orthophonie-audiologie de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont, 1993-1994; M.-C. Lisée, *loc. cit.*; Commission des universités sur les programmes, *op. cit.*, p. 36; Murielle Leduc, *op. cit.*, p. 12, 16 et 19; entrevues n<sup>os</sup> 10 et 12.

88. « Tribune libre », *Fréquences*, 7, 1 (1994): 8-9; Renée Boisclair-Papillon, « Mot de la présidente », 7, 4 (1995): 4-5; p.-v. du Comité d'audiologie de la CPOAQ, 9 mars 1994.

89. Murielle Leduc, *op. cit.*, p. 11, 15-16, 26-27 et 31.

90. Des milieux hospitaliers vers les centres de réadaptation, notamment.



l'activité diagnostique y est la plus intense. L'augmentation du flot de références ne touche que les nouveaux domaines: alors qu'on sait que le volume des clientèles traditionnelles, psychiatrique ou motrice, varie peu, les listes d'attente se composent à plus de 92% d'enfants de onze ans et moins en milieu hospitalier et à 72% d'enfants de 0-4 ans en centres de réadaptation, soit la clientèle visée par les nouvelles catégories et chez qui «le besoin principal concerne l'obtention de services d'orthophonie<sup>91</sup>.»

Souvent, la soudaineté de la pénurie naît de ce que les nouveaux diagnostics sont posés en dehors des programmes existants. C'est le cas dans les centres de réadaptation pour adultes de Montréal après 1988. Bien que l'admission y reste officiellement conditionnelle à la présence de troubles moteurs importants, plusieurs orthophonistes débordent leur mandat pour rencontrer en externe une portion croissante de gens «dont la condition physique ne commande pas d'hospitalisation<sup>92</sup>» (ou encore «malgré» la fin de la réadaptation physique) en y consacrant même proportionnellement plus de temps qu'aux cas moteurs, une pratique avérée au centre Villa Medica et qui semble répandue dans des milieux comme le centre Marie-Clarac ou l'Institut de réadaptation de Montréal. À Villa Medica, les premières listes d'attente apparaissent en 1992, au moment même où culmine (à 38%) la part de ces rencontres qui gonflent la charge réelle des orthophonistes par rapport au travail effectivement reconnu par la RAMQ et qui deviennent, après 1994, la principale source d'augmentation de l'achalandage total du service d'orthophonie<sup>93</sup>.

L'action de l'IRD en matière de dysphasie relève d'une logique comparable. Conscients des évolutions récentes et attentifs aux priorités de leurs cliniciennes, les administrateurs de l'IRD décident, en 1993, d'élargir leurs horizons pour s'intéresser aux troubles sévères de la communication.

---

91. Murielle Leduc, *op. cit.*, p. 39; Danielle Bédard, Francine Couture et Hubert Delisle, *op. cit.*, p. 1; Liette Picard et Michel Clermont, *op. cit.*, p. 16; Murielle Leduc, *op. cit.*, p. 11, 15-16, 26-27, 31 et 39; voir Comité conjoint du MSSS et du MEQ, *op. cit.*, ann.V.

92. Rapport annuel du service d'orthophonie de Villa Medica, 1987-1988, p. 11.

93. Rapports annuels du service d'orthophonie de Villa Medica, 1987-1988, p. 9, 11, 14 et 20-23; 1989-1990, p. 8, 25 et 29-33; 1990-1991, p. 14, 19, 23-24 et 27; 1991-1992, p. 8 et 15; 1992-1993, p. 6 et 11; 1993-1994, p. 8-12; 1994-1995, p. 7-11; 1995-1996, p. 12-13; 1997-1998, p. 5 et 13; 1998-1999, p. 4, 9 et 14; Murielle Leduc, *op. cit.*, p. 39.

En 1996, soit un an après la reconnaissance officielle de la dysphasie par le MSSS et quelques mois après les premières annonces sur la réforme de la santé, l'IRD s'attribue de son propre chef un nouveau mandat en inaugurant le programme DYS/TAC pour la dysphasie et les troubles auditifs centraux<sup>94</sup>. Le programme occupe le quart des orthophonistes de l'établissement. En trois mois, l'équipe ouvre 181 dossiers, surtout pour des enfants de trois à six ans, et développe des liens avec l'AQEA, l'hôpital Sainte-Justine et, à des fins de dépistage, des commissions scolaires de Montréal et Laval; les références qui alimentent le programme viennent essentiellement de ces écoles ainsi que d'orthophonistes du milieu hospitalier. Créé à la seule initiative de l'IRD, le programme ne bénéficie toutefois d'aucun financement gouvernemental et manque très vite de ressources financières. On établit, en 1998, un partenariat avec l'équipe de Sainte-Justine aux prises avec un problème similaire. Des ententes avec cet hôpital et l'Hôpital juif de réadaptation permettent d'admettre de nouveaux cas et d'adresser en commun, avec l'aide de l'AQEA, des «demandes de développement budgétaire<sup>95</sup>» au gouvernement provincial.

C'est par le jeu de ces initiatives locales et non programmées que l'augmentation sans précédent du nombre d'orthophonistes s'accompagne d'une pénurie inédite de personnel. La situation permet à l'Ordre d'avancer, en 1997, que, «si globalement la situation des services ne s'est pas significativement dégradée, les besoins de la population augmentent et les listes d'attente ont tendance à augmenter<sup>96</sup>». Ces «pressions énormes dues au manque d'effectifs<sup>97</sup>» donnent l'occasion à l'Ordre, toujours en collaboration avec les associations d'usagers, de lancer en 1995 une campagne de «sensibilisation du public au manque d'accessibilité à nos services» et aux délais «potentiellement préjudiciables» provoqués par les listes d'attente<sup>98</sup>. Les longues listes d'attente en dysphasie prennent pour leur part une

---

94. L'amalgame vient de l'attribution originelle de la dysphasie à une déficience des circuits auditifs. Celle-ci est vite identifiée isolément et la dysphasie représente la plus grande part de la nouvelle clientèle. Rapports annuels de l'IRD, 1992-1993, p. 6; 1993-1994, p. 1-2; 1994-1995, p. 8; 1995-1996, p. 3, 5 et 9-10; 1998-1999, p. 29.

95. Ainsi, parfois, que de neuropsychologues du CLSC du Faubourg. Rapports annuels de l'IRD, 1995-1996, p. 13; 1996-1997, p. 21; 1997-1998, p. 10 et 16; 1998-1999, p. 21-30; 1999-2000, p. 2; entrevue n° 12.

96. Rapport annuel de l'OOAQ, 1997-1998, p. 9.

97. Rapport annuel de l'OOAQ, 1996-1997, p. 7.

98. *Ibid.*

importance politique: au cours de la campagne électorale provinciale de l'automne 2003, on voit même le chef libéral Jean Charest agiter le manque de services aux enfants dysphasiques comme une preuve supplémentaire de la faillite du gouvernement en place<sup>99</sup>.

Si la réaction gouvernementale reste en effet discrète, l'explosion de la demande pousse toutefois des universités à concurrencer le monopole de l'Université de Montréal et de l'Université McGill sur la formation de cliniciennes. L'Université d'Ottawa ouvre ainsi, en 1995, un programme de maîtrise qui forme plusieurs francophones. En 2001, après de longues années d'efforts de la part de l'Ordre et de plusieurs chercheurs, elle est imitée par l'Université Laval qui ouvre ses portes à une vingtaine de candidates par année<sup>100</sup>.

## 10. L'IMPOSITION EN MILIEU SCOLAIRE

Comme on l'a vu, l'embauche d'orthophonistes en milieu scolaire diminue au cours des années 1990. Malgré ce ralentissement, l'ouverture de postes se poursuit: plus de 23% des diplômées de la cohorte de 1995 se trouvent ainsi un emploi dans les établissements d'enseignement. De 1993 à 2003, il semble également que le statut professionnel de l'orthophoniste en milieu scolaire, comme en santé, s'améliore au même rythme que se dilate son champ d'intervention<sup>101</sup>.

Dès le début des années 1990, les orthophonistes scolaires voient leur clientèle se transformer considérablement, alors que les enseignants leur confient avec de plus en plus d'aisance des problèmes d'apprentissage et de comportement désormais assimilés à la communication. La mise sur pied progressive de ces filières de référence est le fruit du travail des orthophonistes en place. À la CECM, par exemple, des orthophonistes engagées pour travailler en déficience intellectuelle mettent au point, entre 1987 et 1990, un Programme de formation *Langage et communication* et des outils de travail qui servent à «renforcer [la] collaboration entre orthophonistes et

99. *Le Devoir*, 19 mars 2003, p. A-4. Voir aussi rapports annuels de la CPOAQ/OOAQ, 1991-1992, p. 6; 1994-1995, p. 6; 1995-1996, p. 5; 1999-2000, p. 4; CPOAQ, *La pénurie de services en orthophonie-audiologie*, op. cit., p. 2-3.

100. Rapports annuels de l'OAAQ, 1997-1998, p. 5; 1999-2000, p. 6.

101. Certaines cliniciennes décrochent ainsi des conditions de travail qu'on leur avait refusées tout au long des années 1980. Commission des universités sur les programmes, op. cit., p. 37; entrevue n° 9.

enseignants» par l'implantation du «courant pragmatique et fonctionnel<sup>102</sup>». À Boucherville, peu après 1990, une orthophoniste organise des dépistages qui entraînent les premières demandes de consultations pour des troubles de compréhension langagière en orthophonie, un travail dit de première ligne et qu'on voudrait plus systématique, car «c'est comme ça que les professeurs apprennent<sup>103</sup>».

Les allocations financières consenties par le MEQ facilitent notamment l'identification de cas de dysphasie dont la définition opératoire, on l'a vu, s'élargit à vue d'œil au cours de la période. On diagnostique le plus souvent le problème chez les enfants plus jeunes, créant des cohortes d'élèves qui vieillissent et s'additionnent au sein des commissions scolaires. Devant une population qui croît rapidement, devant le refus des éducateurs d'assumer un mandat de rééducation qui exige nombre d'attentions particulières, et sous la pression des membres de l'AQEA qui siègent nombreux aux conseils d'écoles, les commissions scolaires accélèrent, après 1998, l'ouverture de postes en orthophonie<sup>104</sup>.

La constitution d'une population substantielle et subventionnée conduit dans plusieurs commissions scolaires à la mise sur pied de classes de langage spécialisées. D'abord limitée à quelques expériences pilotes, comme à l'école Mariboisé de Saint-Jérôme en 1994, la pratique des groupes-classes spécialisés en dysphasie se répand à partir de la fin de la décennie. Au dire d'une clinicienne, cette innovation «a changé beaucoup de choses<sup>105</sup>», en attribuant aux orthophonistes un rôle plus prééminent auprès des autres intervenants. Conçues pour favoriser une pédagogie particulière pour les dysphasiques (analogue à celle dispensée aux autistes), ces classes confèrent en effet à l'orthophoniste un important rôle de soutien destiné à «modeler<sup>106</sup>» le travail de l'enseignant chargé de la classe, souvent une

---

102. C. Labonté *et al.*, «L'intervention orthophonique à l'école spéciale. Le modèle d'intervention à l'école Saint-Pierre-Apôtre (CECM)», *Fréquences*, 9, 4 (1997): 19-20.

103. *Ibid.*; Claire Sarrazin, *op. cit.*, p. 12-13; Suzanne Hébert *et al.*, *Modèle d'organisation d'une classe de communication*, Saint-Jérôme, CS de Saint-Jérôme, 1994, 16 p.; entrevues n<sup>os</sup> 8 et 9.

104. Danielle Noreau, J.-L. Tousignant *et al.*, *op. cit.*; Suzanne Hébert *et al.*, *op. cit.*, p. 15-16; Valéry Boucher, Francine Éthier, Ginette Plante *et al.*, *Portrait des adolescents dysphasiques et pistes d'intervention*, Sous-comité régional d'adaptation scolaire de la Montérégie, Mont-Saint-Hilaire, 1995, p. 4-14; entrevue n<sup>o</sup> 7.

105. Entrevue n<sup>o</sup> 12.

106. *Ibid.*

orthopédagogue munie d'une formation en langage. L'orthophoniste assigne notamment des modèles d'activités et participe activement à l'établissement des objectifs<sup>107</sup>.

L'accès direct à ces classes permet à l'orthophoniste d'y implanter sa vision élargie du langage et de son propre rôle en tant que thérapeute. Lorsqu'elle intervient en classe de langage, l'orthophoniste cherche ainsi à faciliter non seulement l'apprentissage du langage oral, mais aussi celui de la lecture, par l'entraînement des habiletés métalinguistiques ou, par exemple, en facilitant «l'entrée grapho-phonétique» des lettres et des syllabes par l'usage de gestes repris ensuite par l'enseignante. Il appartient aussi à l'orthophoniste de poursuivre les objectifs les plus spécifiques, en prenant à part de petits sous-groupes d'enfants pour susciter des interactions par le biais de jeux ou de devinettes<sup>108</sup>.

Dans les années 1990, les orthophonistes en milieu scolaire acquièrent ainsi, elles aussi, une nouvelle stature dans leurs milieux de travail grâce à l'importation de catégories langagières qui court-circuitent les typologies de l'adaptation scolaire et accroissent leur ascendant auprès de certains acteurs comme les orthopédagogues. On doit cependant nuancer l'ampleur de cette première forme d'intervention orthophonique massive en milieu scolaire, centrée sur une intervention directe dans des classes de langage.

De fait, si les classes de langage bénéficient bien d'une priorité croissante dans plusieurs milieux, les orthophonistes en place continuent de traiter en parallèle des problèmes plus légers liés au son et à la parole, au vocabulaire ou à des retards de langage. Par ailleurs, les classes de langage ne regroupent bien vite que les diagnostics de dysphasie sévère: en 1993, devant l'explosion du nombre de cas recensés, le MEQ décide en effet de réserver ses subventions aux seuls cas sévères, les cas plus modérés continuant, malgré leur nouvelle appellation, d'être envoyés dans les groupes de troubles d'apprentissage, où des orthophonistes peuvent néanmoins s'assurer de leur suivi<sup>109</sup>.

Enfin, la forme même du suivi des dysphasiques en classe de langage connaît d'importantes transformations vers la fin de la décennie, qui consolident d'ailleurs la place de l'orthophonie en milieu scolaire. Vers

107. Entrevues n<sup>os</sup> 8 et 12; Suzanne Hébert *et al.*, *op. cit.*

108. *Ibid.*, p. 5-12; entrevues n<sup>os</sup> 1, 8, 9 et 12.

109. Françoise Crête, *op. cit.*; Danielle Noreau, J.-L. Tousignant *et al.*, *op. cit.*; Suzanne Hébert *et al.*, *op. cit.*; entrevues n<sup>os</sup> 8 et 12.

1990, plusieurs services d'orthophonie scolaire entretiennent encore des liens étroits avec des établissements de santé. Des centres de réadaptation continuent ainsi de suivre des enfants après leur entrée à l'école, tandis que des commissions scolaires réfèrent en milieu hospitalier leurs élèves plus âgés : en 1992, les écoles de la moitié des régions québécoises ont ainsi recours à des services d'orthophonie en CLSC ou, comme la commission scolaire Jérôme-LeRoyer, en cabinet privé. Peu à peu, toutefois, la distinction entre les secteurs tend à se préciser. La vague de fusions qui, à l'été 1998, fait passer de 156 à 71 le nombre de commissions scolaires entraîne la création de structures plus imposantes et au financement centralisé qui profitent du remaniement administratif pour mettre sur pied leurs propres services d'orthophonie, rompant leurs liens de dépendance envers les centres de réadaptation. C'est le cas de la nouvelle commission scolaire Pointe-de-l'Île, à Montréal, dont plusieurs composantes devaient autrefois recourir à des services extérieurs, et qui parvient à ériger un service d'orthophonie qui compte, déjà en 2003, pas moins de dix-huit praticiennes<sup>110</sup>. Un peu comme dans le cas des centres de réadaptation, cette centralisation des ressources inspire souvent une organisation sous forme de points de service dans laquelle les enfants sont rencontrés individuellement dans des lieux consacrés à cette fin. Si les visites en classe demeurent au programme, ce type d'organisation n'en rappelle pas moins plutôt les pratiques du milieu de la santé, s'attirant pour cette raison les critiques de certaines praticiennes scolaires de la première heure<sup>111</sup>.

Mieux établies, donc, dans des commissions scolaires qui les embauchent à nouveau en plus grand nombre après 1998, les orthophonistes en milieu scolaire assoient d'autant plus leur position que l'extension des critères diagnostiques de la dysphasie entretient la croissance de leur clientèle en dépit des réticences du MEQ<sup>112</sup>. Après 2000, l'entreprise la plus lourde de conséquences sur l'élargissement du territoire orthophonique en

---

110. Rapports annuels de l'IRD, 1996-1997, p. 19; 1997-1998, p. 13; 1998-1999, p. 30; G. Lemieux, «Petit guide de survie des services d'orthophonie en milieu scolaire à l'heure de la décentralisation», *Fréquences*, 12, 3 (2000): 16-18; Liette Picard et Michel Clermont, *op. cit.*, 4-9; entrevues n<sup>os</sup> 6, 11 et 12.

111. G. Lemieux, *op. cit.*; José Pouliot, «Le texte et ses défis en compréhension», *Fréquences*, 13, 2 (2001); entrevues n<sup>os</sup> 3, 7, 9 et 12.

112. On réunit parfois les cas modérés d'une commission scolaire au sein des mêmes classes de troubles d'apprentissage, une tâche rendue toutefois difficile par la dispersion géographique des élèves. Françoise Crête, *op. cit.*, p. 10 et 14; AQEA, *Présentation au Collège des médecins du Québec*, Montréal, AQEA, 2000, p. 8-12; Patrick Gadais, José Pouliot *et al.*, *op. cit.*, p. 17; entrevues n<sup>os</sup> 7 et 12.

milieu scolaire concerne cependant un autre domaine d'intervention, c'est-à-dire la prise en charge par les orthophonistes des problèmes d'apprentissage de la lecture et de l'écriture.

Cette nouvelle annexion au territoire orthophonique se manifeste tant sur la scène universitaire que clinique. D'une part, des chercheurs québécois comme l'orthophoniste André Courcy de l'Université Laval, arrimés aux courants de recherche internationaux, font état depuis 1997 de liens entre les difficultés langagières des très jeunes enfants, notamment phonologiques ou narratives, et de futurs échecs en lecture à l'âge scolaire, et plaident ainsi en faveur de services d'orthophonie préventifs durant la petite enfance pour enrayer les troubles ultérieurs d'apprentissage et, partant, le décrochage scolaire<sup>113</sup>.

D'autre part, chez les cliniciennes, la maîtrise de savoirs neurologiques facilite l'appropriation du diagnostic de dyslexie. Cette catégorie de troubles de l'écriture, déjà ancienne, avait été introduite dans le paysage scolaire par des orthopédagogues dès les années 1970. Si son usage aide bien, à ce moment, les orthopédagogues à se distinguer des enseignants réguliers, il reste que leur formation, plus technique et axée sur la didactique plus que sur la neurologie et la psycholinguistique, ne les prépare qu'imparfaitement à revendiquer un tel diagnostic neurologique et à ce point sanitaire. C'est pourquoi, dans les années 1990, ce territoire peut apparaître relativement accessible pour certaines orthophonistes en milieu scolaire qui développent, par la lecture d'articles ou le biais d'une pratique privée, des compétences en matière de dyslexie. Bien que l'enseignement relatif aux troubles de l'écriture ne se soit que tardivement ajouté aux cursus scolaires, quelques formations dispensées par ces cliniciennes à d'autres orthophonistes font vite boule de neige, et l'appréhension des «troubles du langage écrit» dans les termes devenus familiers de la conscience phonologique et d'une étiologie neurologique permettent aux praticiennes concernées de prendre en charge avec une relative aisance des cas jusque-là étrangers («on a plus d'expérience qu'on pensait»)<sup>114</sup>.

113. Ces liens sont en fait suggérés de manière moins systématique depuis la fin des années 1980. Thérèse Paquet, «L'évolution du rôle de l'orthophoniste en milieu scolaire: enjeux et perspective», *Fréquences*, 9, 3 (1997): 10-11; N. Gacis, «Évolution du trouble dysphasique à l'écrit, dyslexie et dysorthographe», *Fréquences*, 11, 3 (1999): 19-21; André Courcy et Renée Béland, «La conscience phonologique dans l'acquisition de la lecture», *loc. cit.*, p. 23-27; Louis Beaulieu, «Mot du président», *Fréquences*, 9, 4 (1997): 4-5; CPOAQ, *Avis sur l'«Étude de pertinence»...*, *op. cit.*, p. 18; Nicole Lessard *et al.*, *op. cit.*, p. 6 et 11-14; entrevue n° 3.

114. Sur la dyslexie au Québec et en France, voir Jean-Paul Martinez, *Un dyslexique ou un mauvais lecteur*, Montréal, Éd. Nouvelles, 2000, p. 103-113; entrevues n°s 3 et 8.

Cet intérêt pour la dyslexie bénéficie du soutien actif de l'Ordre qui en fait, en 2003, le thème de son symposium annuel. La même année, au prix d'un intense lobbying auprès d'une panoplie d'organismes publics, l'OOAQ s'assure à cet égard d'une victoire historique pour la profession en faisant ajouter, à l'occasion d'une rare réforme du Code des professions, le langage écrit à la définition officielle du domaine légal de l'orthophoniste<sup>115</sup>. Ce gain, un peu inattendu et qui témoigne d'une influence étonnante et du volontarisme de l'Ordre, a pour effet de contraindre légalement les commissions scolaires à faire appel à des orthophonistes plutôt qu'à des orthopédagogues ou à des techniciennes pour le diagnostic et l'encadrement des problèmes liés au langage écrit, un brusque renversement de situation qui stimule de manière inédite l'embauche d'orthophonistes dans le système scolaire.

La conjonction entre cette victoire politique et l'évolution de la pratique vers le langage écrit fait brusquement de l'orthophoniste scolaire une actrice clé dans une redéfinition progressive, peut-être plus sanitaire et médicalisante, des problèmes d'apprentissage dans les écoles. Elle suscite aussi des froncements de sourcils chez des administrateurs scolaires soudainement contraints de se mesurer à la pénurie de personnel en orthophonie, et elle soulève surtout la vive inquiétude d'orthopédagogues menacées d'un déclassement rapide dans un domaine qu'elles considèrent souvent comme le leur. Si, pour toutes ces raisons, l'avenir y reste encore incertain, ces changements spectaculaires désignent d'emblée le milieu scolaire comme l'un des futurs centres de gravité de l'orthophonie québécoise.

---

115. Cette réforme, envisagée par l'Office des professions dès 1995, porte sur l'attribution d'«actes réservés» à certaines professions. Motivée essentiellement par le désir de rénover les relations entre les médecins et les infirmières, cette entreprise, au départ, ne concerne en fait même pas directement les orthophonistes et les audiologistes, et c'est à la force du poignet et peut-être un peu grâce à ce statut collatéral que les représentants de la profession convainquent le gouvernement au cours de négociations qui s'étendent de 1999 à 2002. Rapports annuels de l'Ordre des audioprothésistes du Québec, 1994-1995, p. 10-11; 1995-1996, p. 8; A. Genest, «L'audiologie clinique, vision d'avenir», *Fréquences*, 9, 3 (1997): 12; Louis Beaulieu, «Mot du président», *Fréquences*, 10, 4 (1998): 5-6; OPQ, *Notes pour la présentation de Jean-K. Samson, président de l'Office des professions du Québec, aux représentants du réseau de la santé*, Québec, OPQ, 2003, p. 4, 9-11 et 19-22; Gouvernement du Québec, Assemblée nationale, «Allocution du ministre de la Justice», 1<sup>er</sup> mai 2002, salle 1.30, p. 2-4.



# Conclusion

---

De sa timide émergence, au détour des années 1950, à la reconnaissance et à la croissance des années 1990, la profession a parcouru un chemin important. De ce parcours remarquable, parfois sinueux, on peut dresser un bilan en rassemblant les fils conducteurs proposés dans les premières pages du présent livre.

En premier lieu, on a vu la pratique des orthophonistes et des audiologistes se métamorphoser au rythme de la recherche d'une position d'autonomie dans leurs milieux de travail, marquée de luttes et de revendications. Cette quête s'accompagne, tout au long des diverses périodes, d'un déplacement du champ de l'expertise professionnelle. À l'insatisfaction devant les limites imposées par des troubles anatomiques et moteurs succède un vif intérêt pour des problèmes décrits en termes psychologiques, psychiatriques ou psycho-pédagogiques; à la relative impuissance induite par l'usage d'un langage trop psychologisant se substitue ensuite le plein potentiel d'une optique fonctionnelle et neurologique, qui facilite l'appropriation des cas et la traduction d'un nombre accru de problèmes en termes de langage et de communication.

En second lieu, on a examiné en quoi l'obtention des positions convoitées dans la division des tâches dépend des aptitudes à émettre des diagnostics rendant possible l'appropriation de cas. On a vu le rôle de la production et de la diffusion des catégories scientifiques dans cette entreprise, mais on doit surtout mesurer l'importance de la réception de ces

savoirs par les orthophonistes et audiologistes sur le terrain, une réception interprétative et adaptée au désir des praticiennes de donner à leur expertise un rôle enfin décisionnel dans des contextes locaux variés.

Enfin, cette histoire a permis d'apprécier d'un nouveau point de vue l'impact des mesures administratives mises en œuvre par l'État, qui exerce une forte pression en faveur de la différenciation et de la multiplication des activités de soins. Cet impact est d'autant plus notable que les réformes touchent peu le contenu des tâches cliniques, alors même que les initiatives à ce niveau jouent un rôle central dans l'expansion non programmée des services.

Les multiples effets des changements décrits ici, que ce soit sur le fonctionnement des services publics ou sur le statut des orthophonistes et des audiologistes, montrent bien l'impact cumulatif des actions cliniques, certes quotidiennes et localisées, mais qui convergent autour d'une identité professionnelle soutenue par son instance corporative. Ce constat invite à saisir à quel point la construction des usages, des expertises et des certitudes sanitaires demeure imprégnée d'entrelacs sociaux et politiques informés non seulement par la recherche scientifique, mais aussi par les aspirations professionnelles et les vicissitudes du travail clinique concret. Il souligne aussi le caractère transitoire d'équilibres qui paraissent aujourd'hui aller de soi, et met en évidence le pouvoir d'initiative des acteurs professionnels en place.

# Bibliographie

---

## **SOURCES**

### **ARCHIVES**

Procès-verbaux du Comité d'audiologie de la CPOAQ/OOAQ, 1994-1995.

Procès-verbaux de la Quebec Society of Occupational Therapists, 1943-1973.

Procès-verbaux et documents divers de l'Ordre des audioprothésistes du Québec, 1977-2002.

Procès-verbaux de la Société d'orthophonie-audiologie de la province de Québec, 1961-1971.

Procès-verbaux et documents divers de l'École de réadaptation de l'Université de Montréal, 1955-1976.

Procès-verbaux et documents divers de l'École d'orthophonie et d'audiologie de l'Université de Montréal, 1978-2002.

Rapports annuels du service d'orthophonie-audiologie de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont, 1991-1992 et 1992-1993.

Rapports annuels de l'Ordre des audioprothésistes du Québec, 1989 à 1997.

Rapports annuels de l'Institut Raymond-Dewar, 1983 à 2002.

Rapports annuels de la Corporation des orthophonistes et des audiologistes de la province de Québec et de l'Ordre des orthophonistes et des audiologistes du Québec, 1974 à 2001.

Rapports annuels du service d'orthophonie de l'hôpital de réadaptation pour adultes Villa Medica (Montréal), de 1988-1989 à 1999-2000.

**ENTREVUES**

- Entrevue n° 1 : enseignante de l'École d'orthophonie et d'audiologie de l'Université de Montréal, 11 octobre 2002, Montréal.
- Entrevue n° 2 : clinicienne à l'Hôpital de réadaptation Villa Medica, 24 octobre 2002, Montréal.
- Entrevue n° 3 : enseignant et chercheur au programme d'orthophonie de l'Université Laval, également propriétaire d'un cabinet privé, 30 octobre 2002, Québec.
- Entrevue n° 4 : clinicienne en CLSC à Montréal, 31 octobre 2002, Montréal.
- Entrevue n° 5 : clinicien auprès d'une clientèle de TCC à Saint-Hyacinthe, 1<sup>er</sup> novembre 2002.
- Entrevue n° 6 : clinicienne et coordonnatrice au Centre montréalais de réadaptation, 8 novembre 2002, Sorel.
- Entrevue n° 7 : conseillère et chercheuse à la CSDM, clinicienne en bureau privé, 12 novembre 2002, Montréal.
- Entrevue n° 8 : praticienne en milieu scolaire et en bureau privé, 14 novembre 2002, Boucherville.
- Entrevue n° 9 : praticienne en milieu scolaire, diplômée en France, 15 novembre 2002, Québec.
- Entrevue n° 10 : clinicienne à l'Hôpital de réadaptation Villa Medica, 18 novembre, 2002, Montréal.
- Entrevue n° 11 : deux cliniciennes à l'Hôpital juif de réadaptation, 26 novembre 2002, Laval.
- Entrevue n° 12 : praticienne en milieu scolaire à Montréal, 29 novembre 2002, Montréal.
- Entrevue n° 13 : employée permanente et cofondatrice de l'AQEA, 16 janvier 2003, Montréal.

**MÉMOIRES, DOCUMENTS DE TRAVAIL ET DOCUMENTS PROMOTIONNELS**

- Association des jeunes bègues du Québec (AJBQ), «Dis-le comme tu peux», [année et lieu d'édition inconnus], AJBQ, dépliant.
- Association québécoise pour les enfants dysphasiques/audimuets (AQEA), [*Sans titre*], Montréal, AQEA, [1993], document non paginé.
- Association québécoise pour les enfants dysphasiques/audimuets (AQEA), [*Présentation au Collège des médecins du Québec*], Montréal, AQEA, [2000], 15 p.
- Association québécoise pour les enfants dysphasiques/audimuets (AQEA), *Les syndromes dysphasiques. Mémoire de l'AQEA à l'intention du Collège des médecins du Québec*, 2000, 16 p.
- Association québécoise pour les enfants dysphasiques/audimuets (AQEA), *Les besoins de la clientèle dysphasique. Séminaire en déficience du langage et de la parole*, Montréal, AQEA, 2001, 17 p.

- Association québécoise pour les troubles d'apprentissage (AQETA), « Jérémie a droit à la réussite », [année et lieu d'édition inconnus], dépliant.
- Bédard, Danielle, Francine Couture et Hubert Delisle, *Expérimentation et évaluation du Programme Hanen en milieu communautaire*, Sherbrooke, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, 1991, 63 p.
- Benfante, Huguette *et al.*, *Audiométrie vocale. Listes de mots phonétiquement balancées*, Montréal, Hôpital Maisonneuve/Université de Montréal, 1966, 34 p.
- Boucher, Valéry, Francine Éthier, Ginette Plante *et al.*, *Portrait des adolescents dysphasiques et pistes d'intervention*, Sous-comité régional d'adaptation scolaire de la Montérégie, Mont-Saint-Hilaire, 1995, 15 p.
- Buttiens, Bernadette, *L'aphasie congénitale*, Amos, AQEA, 1987, 32 p.
- Commission scolaire de Matane, *Rapport de l'expérimentation d'un modèle d'intervention et d'organisation dans le cadre de l'action « projet-pilote »*, [lieu d'édition inconnu], 1981, 159 p.
- Commission scolaire Lotbinière et commission scolaire Marie-Victorin, *Rapport final du projet « orthophonie »*, [lieu d'édition inconnu], 1981, 67 p.
- Commission scolaire Trois-Saumons, commission scolaire La Pocatière et commission scolaire L'Islet-Sud, *Expérimentation d'un service d'orthophonie pour trois commissions scolaires*, [lieu d'édition inconnu], 1981, dossier non paginé.
- Corporation professionnelle des orthophonistes et des audiologistes du Québec (CPOAQ), *L'orthophonie-audiologie, un besoin en milieu scolaire*, 1977, 35 p.
- Corporation professionnelle des orthophonistes et des audiologistes du Québec (CPOAQ), *Avis de la CPOAQ concernant les pratiques des audiologistes relativement aux prothèses auditives*, Montréal, CPOAQ, 1985, 4 p.
- Corporation professionnelle des orthophonistes et des audiologistes du Québec (CPOAQ), *Avis sur l'« Étude de pertinence en technique de rééducation du langage » présenté par le cégep d'Alma*, Montréal, CPOAQ, 1988, 28 p.
- Corporation professionnelle des orthophonistes et des audiologistes du Québec (CPOAQ), *Mémoire de la CPOAQ sur la problématique de l'appareillage auditif*, Montréal, CPOAQ, 1988, 51 p.
- Corporation professionnelle des orthophonistes et des audiologistes du Québec (CPOAQ), *L'évolution de l'orthophonie et de l'audiologie au Québec. Des besoins à combler, des ressources à former*, Montréal, CPOAQ, 1989, 16 p.
- Corporation professionnelle des orthophonistes et des audiologistes du Québec (CPOAQ), *Enfin 600!*, communiqué de presse, 1990.
- Corporation professionnelle des orthophonistes et des audiologistes du Québec (CPOAQ), *La pénurie de services en orthophonie-audiologie. Une problématique mal connue*, pochette de presse, vers 1994.
- Corporation professionnelle des orthophonistes et des audiologistes du Québec (CPOAQ), *Répartition géographique des effectifs en orthophonie et en audiologie selon les régions du Québec*, Montréal, CPOAQ, 1994, tableau.

- Corporation professionnelle des orthophonistes et des audiologistes du Québec (CPOAQ), *Services d'orthophonie dans les commissions scolaires*, Montréal, CPOAQ, 1994, tableau.
- Desmarais, Chantal, Annie Larouche et Dominique Vézina, *Services de première ligne en déficit du langage et parole dans la région de Québec. Une réflexion sur les mesures préventives sélectives*, Québec, Direction de la santé publique de Québec, 1999, 23 p.
- Desruisseaux, Doris, *L'enfant présentant un syndrome dysphasique et l'ergothérapie. Brochure à l'intention des parents*, AQEA-Estrie, 1992, 8 p.
- Hébert, Suzanne *et al.*, *Modèle d'organisation d'une classe de communication*, Saint-Jérôme, Commission scolaire de Saint-Jérôme, [1994], 16 p.
- Institution des Sourds de Montréal (ISM), *Projet visant à développer des services de réadaptation fonctionnelle pour personnes sourdes adultes par l'ISM*, Montréal, ISM, 1984, 38 p.
- Lemieux, André *et al.*, *Modèle d'intervention auprès d'enfants en difficultés d'adaptation et d'apprentissage dans une région éloignée*, Commission scolaire de Chapais-Chibougamau, 1981, 91 p.
- Lessard, Madeleine, *Comment aider les personnes ayant des problèmes de déglutition*, Montréal, Laboratoire d'interventions cliniques appliquées Chevalier De Lorimier, 1988, 38 p.
- Lessard, Nicole *et al.*, *Le devenir des enfants ayant fréquenté le CAM. Rapport de recherche*, Montréal, RRSSS-Montréal-Centre/MEQ, 1999 (1997), 41 p.
- Morency, Michèle et Cécile Chavy, *Troubles de langage et de communication versus troubles psychiatriques. Revue de littérature*, Rivière-des-Prairies, Centre de communication en santé mentale – Hôpital Rivière-des-Prairies, 1989, 52 p.
- Noreau, Danielle, J.-L. Tousignant *et al.*, *Audimutité. Pédagogie adaptée aux élèves. Pistes pratiques*, Sous-comité régional d'adaptation scolaire de la Montérégie, Saint-Hubert, 1993, 44 p.
- Ordre des orthophonistes et des audiologistes du Québec (OOAQ), [communiqué de presse sans titre], 9 mai 1995.
- Ordre des orthophonistes et des audiologistes du Québec (OOAQ), *Ratio audiologiste/population pour différentes régions*, Montréal, OOAQ, 1995, tableau.
- Ordre des orthophonistes et des audiologistes du Québec (OOAQ), *La problématique des services professionnels en matière de troubles auditifs au Québec*, Montréal, OOAQ, 1995, 14 p.
- Ordre des orthophonistes et des audiologistes du Québec (OOAQ), *Avis sur la problématique de la suramplification et la nécessité de la gestion des risques associés*, Montréal, OOAQ, 1998, 15 p.
- Ordre des orthophonistes et des audiologistes du Québec (OOAQ), *Avis préliminaire: orthophonie. Champ de pratique en dysphagie*, Montréal, OOAQ, 1999, 17 p.

- Ordre des orthophonistes et des audiologistes du Québec (OOAQ), *Avis de l'OOAQ sur le dépistage universel de la surdité chez les nouveau-nés*, Montréal, OOAQ, 2001, 17 p.
- Ordre des orthophonistes et des audiologistes du Québec (OOAQ), *Guide de prévention des troubles de la communication à l'intention de la clientèle de la petite enfance*, Montréal, OOAQ, [2002], non paginé.
- Partenaires en géronto-nutrition (PGN), *La dysphagie chez la personne âgée. Guide préliminaire de l'intervention nutritionnelle*, Montréal, PGN, 1991, 20 p.
- Picard, Michel et Jean-Pierre Gagné, *Articulation des activités audiologiques et audioprothétiques dans l'attribution des aides auditives*, novembre 1994, 27 p.
- Perras, Évelyne et Normand Gagné, *Les services d'orthophonie à l'école. Guide d'activités*, Québec, MEQ, 1987, 63 p.
- Pothier, Josée, Caroline Pouliot et M.-H. Allard, *La dysphasie. Portraits d'enfants*, Québec, Centre Cardinal-Villeneuve, 1996, 16 p.
- Pouliot, José, *Quelques bornes de l'orthophonie scolaire: de la préhistoire au 3<sup>e</sup> millénaire*, Montréal, CECM, [2002], 26 p.

### ÉCRITS PROFESSIONNELS PUBLIÉS

- Allen, Doris, Lois Mendolon et Isabelle Rapin, «Syndrome Specific Remediation in Preschool Developmental Dysphasia», Paul Brooks (dir.), *Child Neurology and Developmental Disabilities*, New York, Plenum, 1988, p. 233-243.
- Association québécoise pour les enfants dysphasiques/audimuets (AQEA), *Actes du colloque sur l'audimutité*, Montréal, AQEA, 1994.
- Beaulieu, Édith et Louis Beaulieu, «Rétrospective sur une démarche de diagnostic différentiel», dans OOAQ, *Tisser sa toile*, non paginé.
- Bélanger, Pauline et François Bergeron, «Effet de l'entraînement par vidéodisque sur le niveau de performance en lecture labiale», dans OOAQ, *Hors des sentiers battus*, non paginé.
- Benadelkader, Djamila et Michel Gignac, «Plan de services et plan d'intervention individualisé», dans AQEA, *Actes du colloque sur l'audimutité*, p. 75-90.
- Bilodeau, Sylvie, «L'évaluation auditive centrale chez les enfants avec syndrome dysphasique», dans OOAQ, *Tisser sa toile*, non paginé.
- Buttiens, Bernadette, «Atelier de langage», dans AQEA, *Actes du colloque sur l'audimutité*, p. 15-19.
- Caron, Hélène, «L'audiologiste et les centres de jour», dans CPOAQ, *Actes du colloque «À la grandeur du Québec»*, p. 150-168.
- Centre québécois de la déficience auditive (CQDA), *Actes du colloque de l'Après-Sommet sur la déficience auditive*, Montréal, CQDA, 1997, 60 p.
- Chapman, Myfanwy, «The Speech Clinician as a Professional Person», dans Rolland Van Hattum, *Clinical Speech in the Schools*, p. 17-53.

- Comité d'audiologie de la CPOAQ, «25 ans d'audiologie», dans CPOAQ, *Actes du colloque «À la grandeur du Québec»*, p. 9-16.
- Comtois, Claire et Évelyne Perras, «Les orientations en orthophonie scolaire», dans CPOAQ, *Textes et résumés de textes présentés au congrès professionnel*, p. 153-157.
- Contandriopoulos, André-P., «L'orthophonie et l'audiologie: deux professions en péril?», dans CPOAQ, *Textes et résumés de textes présentés au congrès professionnel*, p. 1-10.
- Cornett, Becky et Shelly Chabon, *The Clinical Practice of Speech-Language Pathology*, Columbus, Merrill Publishing, 1988, 230 p.
- Corporation des orthophonistes et des audiologistes de la province de Québec (CPOAQ), *Actes du colloque «À la grandeur du Québec»*, Montréal, CPOAQ, 1989.
- Corporation des orthophonistes et des audiologistes de la province de Québec (CPOAQ), *Textes et résumés de textes présentés au congrès professionnel*, Montréal, CPOAQ, 1982.
- Crête, Suzanne, «Vue d'ensemble de l'organisation administrative en audiologie», dans CPOAQ, *Textes et résumés de textes présentés au congrès professionnel*, p. 181-183.
- Cromer, Richard, «Differentiating Language and Cognition», dans Richard Schiefelbusch et Lyle Loyd (dir.), *Language Perspectives*, p. 91-124.
- Curtiss, Susan, «On the Nature of the Impairment in Language Impaired Children», dans John Miller (dir.), *Research on Child Language Disorders*, p. 189-210.
- Delisle, Hubert et Francine Couture, «Stimulation précoce du langage: une approche communautaire et régionale en Estrie», dans OOAQ, *Hors des sentiers battus*, non paginé.
- Dubois, Jean *et al.*, *Pathologie du langage*, Paris, Didier/Larousse, 1967, 126 p.
- Dudley, John, «Philosophie: 200 cas d'audimutité», dans AQEA, *Actes du colloque sur l'audimutité*, p. 129-131.
- Dudley, John et Jocelyne Delage, *TLDD. Tests de langage Dudley/Delage. Manuel de l'examineur*, Saint-Lambert, Éd. de l'ABC, 1978, 77 p.
- Eisenson, Jon et Mardel Ogilvie, *Speech Correction in the Schools*, New York, Macmillan, 1977 (1957), 452 p.
- Emerick, Lon et John Hatten, *Diagnosis and Evaluation in Speech Pathology*, Englewood Cliffs (NJ), Prentice-Hall, 1979, 371 p.
- Fletcher, Paul, «Evidence from Syntax for Language Impairment», dans Jon Miller (dir.), *Research on Child Language Disorders*, p. 169-188.
- Fougeyrolles, Patrick, «Un défi des années 1980. Vers une politique d'ensemble pour l'intégration sociale des Québécoises et des Québécois handicapés», dans CPOAQ, *Textes et résumés de textes présentés au congrès professionnel*, p. 133-138.



- Gauthier, Diane et Guy Légaré, «Le rôle de l'orthophoniste en milieu psychiatrique», dans CPOAQ, *Textes et résumés de textes présentés au congrès professionnel*, p. 93-107.
- Gauthier, Mireille *et al.*, «Modèle de service du CAM», dans AQEA, *Actes du colloque sur l'audimutité*, p. 91-96.
- Gendron, Jean-Denis, *Phonétique orthophonique à l'usage des Canadiens français*, Québec, Les Presses de l'Université Laval, 1973 (1965), 264 p.
- Gendron, Jean-Denis, *Phonétique pratique*, Québec, Les Presses de l'Université Laval, 1961, 77 p.
- Grégoire, Louise et Louis Beaulieu, «L'orthophonie et l'audiologie en CLSC: une pratique à réinventer», dans OOAQ, *Hors des sentiers battus*, non paginé.
- Goldstein, David, «Professionalization of Audiology in the United States», dans OOAQ, *Tisser sa toile*, non paginé.
- Horstmeier, DeAnna *et al.*, *Programme d'exercices de langage*, traduit et adapté par R. Hébert et F. Marcoux, Montréal, CQEE, 1978, 173 p.
- Jerger, James (dir.), *Modern Development in Audiology*, New York/Londres, Academic Press, 1963, 446 p.
- Julien, Marie et Dominique Labourel, «La rééducation des aphasiques: nouvelles approches», dans CPOAQ, *Textes et résumés de textes présentés au congrès professionnel*, p. 123-131.
- Ladouceur, Robert, *Traitement du bégaiement chez l'enfant*, Québec, École de psychologie de l'Université Laval, 1988, 35 p.
- Langevin, Claude, *Les problèmes de langage à la maternelle. Laboratoire de didactique*, Sainte-Foy, Université Laval, 1960, 55 p.
- Larose, Mireille, «Le "déficit" sémantique-pragmatique: chez le dysphasique, chez l'enfant du spectre de l'autisme et chez l'aphasique épileptogène», dans OOAQ, *Hors des sentiers battus*, non paginé.
- Lebel, Jean-Guy, *Éléments de correction phonétique du français*, Québec, Centre international de recherche sur le bilinguisme, 1975, 54 p.
- Lessard, Nicole *et al.*, «L'unité statistique en orthophonie et audiologie», dans CPOAQ, *Textes et résumés de textes présentés au congrès professionnel*, p. 169-172.
- Lessard, Nicole et Évelyne Perras, «Organisation administrative en orthophonie», dans CPOAQ, *Textes et résumés de textes présentés au congrès professionnel*, p. 177-182.
- Macoir, Joël, «L'évaluation de la communication en soins de longue durée», dans CPOAQ, *Actes du colloque «À la grandeur du Québec»*, p. 24-31.
- Miles, T.R. et Elaine Miles, *Dyslexia. A Hundred Years On*, Buckingham/Philadelphie, Open University Press, 1999 (1990), 198 p.
- Miller, Jon (dir.), *Research on Child Language Disorders. A Decade of Progress*, Austin, Pro-Ed, 1991, 413 p.

- Miller, Jon, «Research on Language Disorders in Children. A Progress Report», dans Jon Miller (dir.), *Research on Child Language Disorders*, 1991, p. 3-22.
- Neidecker, Elizabeth, *School Programs in Speech-Language. Organization and Management*, Englewood Cliffs (NJ), Prentice-Hall, 1987 (1980), 292 p.
- Neidecker, Elizabeth, *School Programs in Speech-Language. Organization and Management*, Englewood Cliffs (NJ), Prentice-Hall, 1980, 256 p.
- Ordre des orthophonistes et des audiologistes du Québec (OOAQ), *Tisser sa toile*, Montréal, OOAQ, 1994, non paginé.
- Ordre des orthophonistes et des audiologistes du Québec (OOAQ), *Hors des sentiers battus*, OOAQ, Montréal, 1996, non paginé.
- Palmer, Charles et John Kidd, *Speech and Hearing Problems. A Guide for Teachers and Parents*, Springfield (IL.), C.C. Thomas, 1961, 137 p.
- Pouliot, Caroline et Lynda Genois, «Les difficultés d'apprentissage causées par les TCL», dans OOAQ, *Tisser sa toile*, non paginé.
- Pouliot, José et al., «La grammaire de récit», dans OOAQ, *Hors des sentiers battus*, non paginé.
- Roberts, Alice et al., *The Aphasic Child. A Neurological Basis for his Education and Rehabilitation*, Springfield (IL), Charles E. Thomas, 1966, 84 p.
- Roulin, David et al., *Le développement du langage. Guide pratique*, Ottawa, Laliberté, 1977, 207 p.
- Schiefelbusch, Richard et Lyle Loyd (dir.), *Language Perspectives. Acquisition, Retardation and Intervention*, Austin, Pro-Ed, 1988.
- Snow, Catherine, «Diverse Conversational Contexts for the Acquisition of Various Language Skills», dans Jon Miller (dir.), *Research on Child Language Disorders*, p. 105-124.
- Snyder, Lynn et Jan Silverstein, «Pragmatics and Child Language Disorders», dans Richard Schiefelbusch et Lyle Loyd (dir.), *Language Perspectives*, p. 189-222.
- Taylor, Joyce, *Speech-Language Pathology. Services in the Schools*, New York, Grune & Stratton 1981, 205 p.
- Van Hattum, Rolland (dir.), *Clinical Speech in the Schools. Organization and Management*, Springfield (IL), Charles C. Thomas, 1971 (1969), 381 p.
- Van Hattum, Rolland, «An Overview», dans Rolland Van Hattum, *Clinical Speech in the Schools. Organization and Management*, Springfield (IL), Charles C. Thomas, 1971 (1969), p. 5-16.
- Van Hattum, Rolland (dir.), *Organization of Speech-Language Services in Schools. A Manual*, San Diego, College Hill Press, 1985, p. 1-23.
- Van Hout, Anne, «Aspects du diagnostic des dysphasies», *Approche neuropsychologique des apprentissages chez l'enfant*, 1, 1 (1989): 11-15.

**ARTICLES DE LA REVUE *FRÉQUENCES***

- «Grille normative du développement langagier», 10, 1 (1997): 12-13.
- «Éditorial», 7, 4 (1995): 3.
- «Éditorial», 10, 2 (1998): 3.
- «Tribune libre», 7, 1 (1994): 8-9.
- Beaulieu, Louis, «Faire équipe en communication du début à la fin», 7, 1 (1994): 3.
- Beaulieu, Louis, «Mot du président», 7, 1 (1994): 6-7 et 9, 4 (1997): 4-5.
- Bisson, J. et L. Beaulieu, «Groupe de communication auprès de la clientèle TCC. Un projet expérimental», 7, 1 (1994): 18-21.
- Boisclair-Papillon, Renée, «Mot de la présidente», 7, 1 (1994): 4-5.
- Boisclair-Papillon, Renée, «Mot de la présidente», 7, 4 (1995): 4-5.
- Coderre, Louise *et al.*, «Hommage à Mary Cardozo», 8, 3 (1996): 4.
- Cot, Françoise, «Le travail d'équipe en dysphagie», 9, 1 (1996): 14-17.
- Crête, Françoise, «Les critères d'identification de la dysphasie sévère, un outil fort intéressant!», 12, 2 (2000): 10-15.
- Courcy, André et Renée Béland, «La conscience phonologique dans l'acquisition de la lecture», 11, 3 (1999): 23-27.
- Cyr-Stafford, C. et M. Poisson, «Faut-il rééduquer la compréhension?», 10, 2 (1998): 10-11.
- Delbart, L. et I. Coulombe, «Pour une vision élargie du continuum de services en Gaspésie», 11, 2 (1999): 14-17.
- Delisle, Hubert et M.-L. Arguin, «Une expérience orthophonique en néonatalogie», 10, 1 (1997): 22-23.
- Delisle, P., «Germaine Huot, récipiendaire du Mérite 1996 du CIQ», 1997, 9, 2, p. 7.
- Delmas, Anne-Marie, «Anne-Marie Théroux: des honneurs bien mérités», 8, 1 (1995): 9.
- Déziel, Joane, «Éditorial», 8, 2 (1996): 3-4.
- Gacis, N., «Évolution du trouble dysphasique à l'écrit, dyslexie et dysorthographe», 11, 3 (1999): 19-21.
- Gadais, Patrick, José Pouliot *et al.*, «Taxonomie des dysphasies», 12, 2 (2000): 17-21.
- Gingras, L., «Modèle d'intervention orthophonique en milieu scolaire auprès de jeunes autistes», 8, 2 (1996): 24-26.
- Gladu, Alexandra, «Services en région – une expérience dans le Nord du Québec», 11, 2 (1999): 21-23.
- Henri, Chantal, «Rôle de l'orthophoniste à l'intérieur de l'équipe multidisciplinaire œuvrant auprès des enfants ayant subi un TCC», 7, 1 (1994): 12-13.
- Huot, Germaine, «Allocution de Mme Huot», 9, 2 (1997), p. 8.
- Huot, Germaine, «Hommage à nos premiers diplômés», 11, 2 (1999): 8.
- Isabelle, Y., «Forum "Communiquer, c'est vital"», 9, 4 (1997).

- Labonté, C. *et al.*, «L'intervention orthophonique à l'école spéciale. Le modèle d'intervention à l'école Saint-Pierre-Apôtre (CECM)», 9, 4 (1997): 19-20.
- Larose, Mireille, «Diagnostic différentiel: syndrome dysphasique sémantique-pragmatique, langage de l'autiste, de l'Asperger du TEDDNS», 1996, 8, 2 (1996): 10-15.
- Le Dorze, Germaine, John Ryalls et M. Julien, «Le Speechviewer comme outil de recherche au service de l'intervention orthophonique auprès des adultes», 8, 1 (1995): 12-13.
- Lever, N. et M.-E. Bourgeois, «L'évaluation de l'aphasie chez les clientèle TCC: une limite à dépasser», 10, 2 (1998): 12-14.
- Lisée, M.-C. «L'orthophonie en Beauce: pas d'inondations en vue!», 11.2 (1999): 18-20.
- Mottron, L., «La place du trouble de langage dans l'autisme», 8, 2 (1996): 16-18.
- Paquet, Thérèse, «L'évolution du rôle de l'orthophoniste en milieu scolaire: enjeux et perspective», 9, 3 (1997): 10-11.
- Pothier, F., «La gestion par programmes: principes, obstacles et enjeux professionnels», 12, 3 (2000): 10-13.
- Quesnel, Louise, «Le conte en déficience intellectuelle», 9, 4 (1997): 15-18.
- Ska, Bernadette, «Quand les orthophonistes en milieu scolaire s'organisent», 8, 1 (1995), p. 24-26.
- Toutant, Johanne, «Éditorial», 8, 4 (1996): 3-4.

## **DOCUMENTS GOUVERNEMENTAUX, DOCUMENTS ADMINISTRATIFS ET AUTRES SOURCES SECONDAIRES**

- Blanchet, Sophie *et al.*, *Orthophonie et audiologie*, Sherbrooke, Alpha et Oméga, 1996, 21 p.
- Canada. Statistique Canada, *La statistique hospitalière*, vol. I, *Lits, services, personnel*, 1973-1975, et vol. II, *Services hospitaliers*, 1962-1972.
- Canada. Statistique Canada, Direction des services de santé, *Directives cliniques en orthophonie et en audiologie*, Ottawa, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social Canada, 1980, 129 p.
- Canada. Statistique Canada, *Lignes directrices pour la pratique de l'orthophonie et de l'audiologie*, Ottawa, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, 1982, 154 p.
- Canada. Statistique Canada, Direction des services de santé, *Lignes directrices pour la reconnaissance professionnelle des audiologistes et des orthophonistes au Canada*, Ottawa, Santé et Bien-être social Canada, 1985, 57 p.

- Canada. Statistique Canada, Santé et Bien-être social, Programme national d'amélioration de la productivité des hôpitaux, *Orthophonie et audiologie. Système de mesure de la charge de travail*, Ottawa, ministère des Approvisionnements et Services, 1987, 80 p.
- Commission des universités sur les programmes, *Les programmes d'orthophonie et audiologie, d'ergothérapie, de physiothérapie, des sciences de la réadaptation, d'ergonomie, d'optométrie, de chiropratie, et de pratique de sage-femme dans les universités du Québec, Rapport n° 17*, 1999, 88 p.
- Conseil supérieur de l'éducation, *Réussir l'intégration scolaire des élèves en difficulté*, Québec, CSE, 1985, 41 p.
- Deschênes, Jean-Claude, «L'audiologie et l'orthophonie: vers de nouvelles approches», *Discours officiels du MAS, 1982-1983*, Québec, ministère des Affaires sociales, 1985, p. 157-170.
- Leduc, Murielle, *Description des services d'orthophonie et d'audiologie offerts par les CHSGS, CHR, CR en déficience physique, URFI et hôpitaux de jour de la région de Montréal-Centre*, RRSSS de Montréal-Centre, 2000, 42 p.
- Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ), *À part égale. Les rôles de l'OPHQ dans le développement de la recherche sur les personnes handicapées*, Drummondville, OPHQ, 1991, 46 p.
- Office des professions du Québec (OPQ), *L'évolution du professionnalisme au Québec*, Québec, OPQ, 1976, 145 p.
- Office des professions du Québec (OPQ), *Les professions au Canada. Résumé de la législation province par province*, Québec, OPQ, 1991, 82 p.
- Office des professions du Québec (OPQ), «Notes pour la présentation de Jean-K. Samson, président de l'Office des professions du Québec, aux représentants du réseau de la santé», 21 janvier 2003, 29 p.
- Picard, Liette et Michel Clermont, *L'organisation des services aux personnes présentant des problèmes de langage, d'audition et de communication*, Québec, ministère de l'Éducation et ministère de la Santé et des Services sociaux, 1993, 20 p.
- Québec. Assemblée législative, *Bill 138. Loi constituant en corporation la SOAPQ, Première lecture*, Roch Lefebvre Imprimeur de la Reine, 1962.
- Québec. Assemblée législative, *Bill 138 (privé). Loi des orthophonistes et des audiologistes du Québec*, Québec, Roch Lefebvre Imprimeur de la Reine, 1964.
- Québec. *Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social*, annexe 4, *Les mécanismes de distribution des médicaments et prothèses: Analyse économique*, Québec, Éditeur officiel, 1970, 129 p.
- Québec. *Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social*, annexe 8, *La prévision de main-d'œuvre dans le secteur hospitalier*, Québec, Éditeur officiel, 1970, 680 p.

- Québec. Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, annexe 12, *L'organisation et la réglementation des professions de la santé et du bien-être au Québec*, t. 2, *Les corporations professionnelles* et t. 5, *Régimes étrangers*, Québec, Éditeur officiel, 1970, 311 p.
- Québec. Assemblée législative, *Bill 267 (projet). Loi des orthophonistes et des audiologistes du Québec*, 1971, Québec, Roch Lefebvre Imprimeur de la Reine.
- Québec. Comité provincial de l'enfance inadaptée (COPEX), 1974-1976, *L'éducation de l'enfance en difficulté d'adaptation et d'apprentissage au Québec*, 1976, 693 p.
- Québec. Ministère de l'Industrie, du Commerce et du Tourisme, Bureau de normalisation du Québec, *Normes recommandées pour les laboratoires d'examen auditif en milieu de travail*, Québec, ministère de l'Industrie, du Commerce et du Tourisme, 1984, non paginé.
- Québec. Ministère de l'Éducation et ministère de la Santé et des Services sociaux, Comité conjoint sur l'audimutité, *Rapport du comité sur l'audimutité (ou aphasie congénitale)*, Québec, ministère de l'Éducation et ministère de la Santé et des Services sociaux, 1988, 82 p.
- Québec. Régie de l'assurance maladie du Québec, *L'attribution des aides auditives au Québec*, Québec, RAMQ, 1994.
- Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Répertoire des projets subventionnés en santé publique, 1995-1998*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998, 599 p.
- Québec. Assemblée nationale, « Allocution du ministre de la Justice, M. Paul Bégin », 1<sup>er</sup> mai 2002, 6 p.
- Samson, Madeleine, *Mise au point sur l'audimutité*, Montréal, CECM, 1993, 62 p.

## ÉTUDES ET MONOGRAPHIES

### OUVRAGES DE RÉFÉRENCE

- Israël, Lucien, « Relation malade-médecin », *Encyclopædia Universalis*, Paris, Encyclopædia Universalis, corpus 14, p. 807-811.
- Péquignot, Henri, « Médecine contemporaine », *Encyclopædia Universalis*, Paris, Encyclopædia Universalis, corpus 14, p. 802-807.

### ÉCRITS GÉNÉRAUX

- Abbott, Andrew D., *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor*, Chicago, The University of Chicago Press, 1988, 435 p.
- Aïach, Pierre, « Les voies de la médicalisation », dans Pierre Aïach et Daniel Delanoë (dir.), *L'ère de la médicalisation*, p. 15-37.

- Aïach, Pierre et Daniel Delanoë (dir.), *L'ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas*, Paris, Anthropos, 1998, 251 p.
- Aïach, Pierre et Didier Fassin (dir.), *Les métiers de la santé. Enjeux de poudans et quête de légitimité*, Paris, Anthropos, 1994, 364 p.
- Aïach, Pierre, Didier Fassin et Jacques Saliba, «Crise, pouvoir et légitimité», dans Pierre Aïach et Didier Fassin (dir.), *Les métiers de la santé*, 1994, p. 9-42.
- Åmark, Klas, «Open cartels and social closure. Professional strategies in Sweden, 1860-1950», dans Rolf Torstendahl et Michael Burrage (dir.), *The Formation of Professions*, 1990, p. 94-114.
- Carr-Saunders, Alexander M. et Paul A. Wilson, *The Professions*, Oxford, Clarendon Press, 1933, 536 p.
- Castel, Robert, «Introduction», dans Erving Goffman, *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Paris, Minuit, 1968, p. 7-35.
- Collins, Randalf, «Changing conceptions in the sociology of the professions» et «Market closure and the conflict theory of the professions», dans Rolf Torstendahl et Michael Burrage (dir.), *The Formation of Professions*, 1990, p. 11-23 et 24-43.
- Corin, Ellen, «La santé. Nouvelles conceptions, nouvelles images», dans Jacques Dufresne *et al.* (dir.), *Traité d'anthropologie médicale*, 1985, p. 45-69.
- Crenner, Christopher, «Diagnosis and Authority in the Early Twentieth-Century Medical Practice of Richard C. Cabot», *Bulletin of the History of Medicine*, 76 (2002): 30-55.
- Dufresne, Jacques, Fernand Dumont et Yves Martin (dir.), *Traité d'anthropologie médicale. L'institution de la santé et de la maladie*, Québec/Lyon, Presses de l'Université du Québec/IQRC/Presses universitaires de Lyon, 1985, 1245 p.
- Durkheim, Émile, *De la division du travail social*, Paris, Presses universitaires de France, 1967 (1893), 416 p.
- Fassin, Didier, «Les politiques de la médicalisation», dans Pierre Aïach et Daniel Delanoë (dir.), *L'ère de la médicalisation*, 1994, p. 1-13.
- Freidson, Eliot, *Professional Powers. A Study of the Institutionalization of Formal Knowledge*, Chicago, University of Chicago Press, 1986, 241 p.
- Freidson, Eliot, *Professionalism Reborn. Theory, Prophecy and Policy*, Chicago, University of Chicago Press, 1994, 238 p.
- Hacking, Ian, *The Social Construction of What?*, Cambridge, Harvard University Press, 1999, 261 p.
- Hatch, Nathan (dir.), *The Professions in American History*, Notre-Dame, University of Notre-Dame Press, 1988, 220 p.
- Hatch, Nathan, «The Professions in a Democratic Culture», dans Nathan Hatch (dir.), *The Professions in American History*, 1988, p. 1-14.

- Kellner, Hansfried et Frank Heuberger (dir.), *Hidden Technocrats. The New Class and New Capitalism*, Londres/New Brunswick (USA), Transaction Publishers, 1992, 246 p.
- Kellner, Hansfried et Peter L. Berger, «Life-style Engineering. Some Theoretical Reflections», dans Hansfried Kellner et Frank Heuberger (dir.), *Hidden Technocrats*, 1992, p. 1-22.
- Kuhn, Thomas S., *La structure des révolutions scientifiques*, Paris, Flammarion, 1983 (1970, 1962), 284 p.
- Legault, Marie-Josée, «Le métier de chercheur scientifique en sciences sociales et la sociologie des professions», *Sociologie et sociétés*, XX, 2 (octobre 1988): 163-176.
- MacDonald, Keith, *The Sociology of Professions*, Londres, SAGE Publications, 1995, 224 p.
- Martuccelli, Danilo, *Sociologies de la modernité. L'itinéraire du XX<sup>e</sup> siècle*, Paris, Gallimard, 1999, 709 p.
- Paradeise, Catherine, «Les professions comme marchés du travail fermés», *Sociologie et sociétés*, XX, 2 (1988): 9-21.
- Paradis, André, «L'histoire de la médecine au Québec. Problèmes de construction de l'objet», dans Jacques Mathieu (dir.), *Les dynamismes de la recherche au Québec*, Sainte-Foy, Les Presses de l'Université Laval/CEFAN, 1991, p. 171-186.
- Paradis, André, «L'histoire de la médecine: une porte ouverte sur l'histoire sociale», *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 42, 1 (1988): 73-83.
- Saliba, Jacques, «Les paradigmes des professions de santé», Pierre Aïach et Didier Fassin (dir.), *Les métiers de la santé*, p. 43-86.
- Sarfati-Larson, Magali, *The Rise of Professionalism. A Sociological Analysis*, Berkeley, University of California Press, 1977, 309 p.
- Sarfati-Larson, Magali, «À propos des professionnels et des experts, ou comme il est peu utile d'essayer de tout dire», *Sociologie et sociétés*, XX, 2 (1988): 23-40.
- Schön, Donald A., *The Reflective Practitioner. How Professionals Think in Action*, New York, Basic Books, 1983, 374 p.
- Selander, Staffan, «Associative strategies in the process of professionalization. Professional strategies and scientification of occupations», dans Rolf Torstendahl et Michael Burrage (dir.), *Professions in Theory and History*, 1990, p. 138-149.
- Thérien, Gilles, «Santé, maladie, guérison. Apport de la sémiologie», Jacques Dufresne et al., *Traité d'anthropologie médicale*, 1985, p. 85-101.
- Torstendahl, Rolf et Michael Burrage (dir.), *The Formation of Professions. Knowledge, State and Strategy*, Londres, SAGE Publications, 1990, 215 p.
- Torstendahl, Rolf et Michael Burrage, *Professions in Theory and History. Rethinking the Study of the Professions*, Londres, SAGE Publications, 1990, 248 p.
- Witz, Anne, *Professions and Patriarchy*, Londres, Routledge, 1992, 233 p.



**ÉTUDES ET MONOGRAPHIES**

- Arnay, William, *Power and the profession of obstetrics*, Chicago, University of Chicago Press, 1985, 290 p.
- Baillargeon, Denyse, «Entre la “Revanche” et la “Veillée” des berceaux. Les médecins québécois francophones, la mortalité infantile et la question nationale, 1910-1940», *Canadian Bulletin of Medical History/Bulletin canadien d'histoire médicale*, 19 (2002): 113-137.
- Bergeron, Pierre, «La Commission Rochon reproduit les solutions de Castonguay-Nepveu», *Recherches sociographiques*, XXXI, 3 (1990): 359-380.
- Bergeron, Pierre et France Gagnon, «La prise en charge de la santé au Québec», Vincent Lemieux *et al.* (dir.), *Le système de santé au Québec*, p. 9-32.
- Boltanski, Luc, *Les cadres. La formation d'un groupe social*, Paris, Minit, 1982, 523 p.
- Brunet, Michel, «Le professionnalisme, obstacle au changement social. Un cas type: l'équipe multidisciplinaire de santé», *Recherches sociographiques*, XIX, 2 (1978): 261-269.
- Charles, Aline et Nadia Fahmy-Eid, «La diététique et la physiothérapie face au problème des frontières interprofessionnelles (1950-1980)», *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 47, 3 (1994): 377-408.
- Choquette, Danielle, *L'Institut de réadaptation de Montréal. Cinquante ans d'histoire*, Montréal, IRM, 1999, 200 p.
- Cohen, Yolande, «La contribution des Sœurs de la Charité à la modernisation de l'hôpital Notre-Dame, 1880-1940», *Canadian Historical Review*, 77, 2 (1996): 185-220.
- Cohen, Yolande, *Profession infirmière. Une histoire des soins dans les hôpitaux du Québec*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 2000, 320 p.
- Cohen, Yolande, *Les sciences infirmières, genèse d'une discipline. Histoire de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 2002, 327 p.
- Collin, Johanne, «La dynamique des rapports de sexes à l'université, 1940-1980: une étude de cas», *Histoire sociale – Social History*, XIX, 38 (1986): 365-385.
- Collin, Johanne, *Évolution de la profession pharmaceutique au Québec*, thèse de doctorat (histoire), Université du Québec à Montréal, 1991, 481 p.
- Collin, Johanne, *Changement d'ordonnance. Mutations professionnelles, identité sociale et féminisation de la profession pharmaceutique au Québec, 1940-1980*, Montréal, Boréal, 1995, 239 p.
- Couture, Denise, «Technologies médicales et statut des corps professionnels dans la division du travail sociosanitaire», *Sociologie et sociétés*, XX, 2 (1988): 77-89.

- Demers, Louise, Yolande Pelchat et Ginette Côté, «Intégration institutionnelle et intégration des services», *Recherches sociographiques*, XLIII, 3 (2002): 549-576.
- Doray, Pierre, Johanne Collin et Shanoussa Aubin-Horth, «L'État et l'émergence des "groupes professionnels"», *Canadian Journal of Sociology*, 29, 1 (2004): 83-110.
- Dussault, Gilles, «Les idéologies des professions libérales au Québec, 1940-1975», Fernand Dumont, Jean Hamelin et J.-P. Montminy (dir.), *Idéologies au Canada français, 1940-1976*, t. II, *Les mouvements sociaux – Les syndicats*, Québec, Les Presses de l'Université Laval, 1981, p. 47-73.
- Dussault, Gilles, «Les effectifs sanitaires au Québec» Jacques Dufresne *et al.* (dir.), *Traité d'anthropologie médicale*, 1985, p. 85-101.
- Dussault, Gilles, «La régulation des professions sanitaires: l'expérience du Québec», *Sociologie et sociétés*, XX, 2 (1988): 125-139.
- Dussault, Gilles, «Les producteurs de services sociosanitaires», Vincent Lemieux *et al.* (dir.), *Le système de santé au Québec*, Sainte-Foy, Les Presses de l'Université Laval, 1994, p. 193-212.
- Elzinga, Aant, «The knowledge aspect of professionalization. The case of science-based nursing education in Sweden», dans Rolf Torstendahl et Michael Burrage (dir.), *The Formation of Professions*, 1990, p. 151-173.
- Fahmy-Eid, Nadia et Johanne Collin, «Savoir et pouvoir dans l'univers des disciplines paramédicales. La formation en physiothérapie et en diététique à l'Université McGill, 1940-1970», *Histoire sociale – Social History*, 22, 43 (1989): 35-63.
- Fahmy-Eid, Nadia et Aline Charles, «La diététique et la physiothérapie en quête d'une pratique exclusive au Québec, 1950-1980», *Histoire sociale – Social History*, 26, 51 (1993): 95-113.
- Fahmy-Eid, Nadia *et al.*, *Femmes, santé et professions. Histoire des diététistes et des physiothérapeutes au Québec et en Ontario. L'affirmation d'un statut professionnel, 1930-1980*, Montréal, Fides, 1997, 364 p.
- Freidson, Eliot, *La profession médicale*, Paris, Payot, 1984 (1970), 369 p.
- Gagnon, Robert *et al.*, *Histoire de l'École Polytechnique de Montréal, 1873-1990. La montée des ingénieurs francophones*, Montréal, Boréal, 1991, 526 p.
- Gagnon, Robert, *Histoire de la Commission des écoles catholiques de Montréal. Le développement d'un réseau d'écoles publiques en milieu urbain*, Montréal, Boréal, 1996, 400 p.
- Gauchet, Dominique, *Le maternage mal salarié. Travail sexué et discrimination salariale en milieu hospitalier*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 1983, 259 p.
- Gaumer, Benoît, Georges Desrosiers et Othmar Keel, *Histoire du Service de santé de la Ville de Montréal, 1865-1975*, Sainte-Foy, Institut québécois de la recherche sur la culture, 2002, 277 p.

- Gaumer, Benoît, Georges Desrosiers et Othmar Keel, *La santé publique au Québec. Histoire des unités sanitaires de comté, 1929-1975*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 1998, 187 p.
- Gingras, Gustave, *Combats pour la survie*, Paris, Robert Laffont/Opera Mundi, 1975, 381 p.
- Goulet, Denis, *Histoire de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, 1843-1993*, Montréal, VLB éditeur, 1993, 502 p.
- Goulet, Denis, François Hudon et Othmar Keel, *Histoire de l'Hôpital Notre-Dame de Montréal, 1880-1980*, Montréal, VLB éditeur, 1993, 452 p.
- Guérard, François, «Les principaux intervenants dans l'évolution du système hospitalier en Mauricie, 1889-1939», *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 48, 3 (1995): 375-401.
- Guérard, François, *Histoire de la santé au Québec*, Montréal, Boréal, 1996, 124 p.
- Jeanotte, Manon et Monique Lemay, *Un brin d'histoire*, travail dirigé de maîtrise (orthophonie-audiologie), Université de Montréal, 1977, 77 p.
- Keating, Peter et Othmar Keel, (dir.), *Santé et société au Québec, XIX<sup>e</sup>-XX<sup>e</sup> siècles*, Montréal, Boréal, 1995, 272 p.
- Keating, Peter et Othmar Keel, «Introduction», dans Peter Keating et Othmar Keel (dir.), *Santé et société au Québec*, 1995, p. 9-34.
- Kremer, Jean-Marc et Emmanuelle Lederle, *L'orthophonie en France*, Paris, Presses universitaires de France, 1990, 125 p.
- Lamontagne, Esther, *Histoire des savoirs-faire infirmiers au Québec de 1870 à 1970*, mémoire de maîtrise (histoire), Université du Québec à Montréal, 1999, 126 p.
- Lane, Harlan, «Vue historique de la médicalisation de la surdité de culture», *Psychanalystes. Revue du Collège des Psychanalystes*, 46-47 (1993): 173-189.
- Layton, Edwin, *The Revolt of the Engineers. Social Responsibility and the American Engineering Profession*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1986 (1971), 284 p.
- Lemieux, Vincent *et al.* (dir.), *Le système de santé au Québec. Organisations, acteurs et enjeux*, Sainte-Foy, Les Presses de l'Université Laval, 1994, 370 p.
- Lescop, Joëlle *et al.*, *Les médecins et l'utilisation des ressources autres que médicales*, Montréal, Université de Montréal/GRIS, 1985, 49 p.
- Lesemann, Frédéric, *Du pain et des services. La réforme de la santé et des services sociaux au Québec*, Laval, Saint-Martin, 1981, 232 p.
- Lessard, Claude et Maurice Tardif, *Les identités enseignantes. Analyse de facteurs de différenciation du corps enseignant au Québec, 1960-1990*, Sherbrooke, Centre du renouveau pédagogique/Faculté d'éducation de l'Université de Sherbrooke, 2003, 258 p.

- Linteau, Paul-André, René Durocher et Jean-Claude Robert, *Histoire du Québec contemporain*, t. 1, *De la Confédération à la Crise (1867-1929)*, Montréal, Boréal, 1989 (1979), 751 p.
- Linteau, Paul-André, René Durocher, Jean-Claude Robert et François Ricard, *Histoire du Québec contemporain*, t. II, *Le Québec depuis 1930*, Montréal, Boréal, 1989 (1979), 825 p.
- MacLennan, David, «Beyond the Asylum. Professionalization and the Mental Hygiene Movement in Canada, 1914-1928», *Canadian Bulletin of Medical History/Bulletin canadien d'histoire médicale*, 4 (1987): 7-23.
- Martinez, Jean-Paul, *Un dyslexique ou un mauvais lecteur. Le grand malentendu*, Montréal, Éd. Nouvelles, 2003, 211 p.
- McClelland, Charles E., *The German Experience of Professionalization. Modern Learned Professions and Their Organizations from the Early 19<sup>th</sup> Century to the Hitler Era*, Cambridge, Cambridge University Press, 1991, 253 p.
- McMahon, Adrian, *The Making of a Profession. A Century of Electrical Engineering in America*, New York, IEEE Press, 1984, 304 p.
- Mills, Charles W., *Les cols blancs. Essai sur les classes moyennes américaines*, Paris, Maspero, 1966 (1951), 411 p.
- Neville, Terry, *The Royal Vic. The Story of Montreal's Royal Victoria Hospital, 1894-1994*, Montréal, Royal Victoria Hospital/McGill-Queen's University Press, 1994, 276 p.
- Numbers, Ronald, «The Fall and Rise of the American Medical Profession», dans Nathan Hatch (dir.), *The Professions in American History*, 1988, p. 51-67.
- O'Neill, Michel, «Les départements de santé communautaire», *Recherches sociographiques*, XXIV, 2 (1983): 171-201.
- Perkin, Harold, *The Rise of Professional Society. England since 1880*, Londres/ New York, Routledge, 1989, 604 p.
- Petitot, André, *Les infirmières. De la vocation à la profession*, Montréal, Boréal, 1989, 408 p.
- Piché, Lucie et Nadia Fahmy-Eid, «À la recherche d'un statut professionnel dans le champ paramédical. Le cas de la diététique, de la physiothérapie et de la technologie médicale (1940-1973)», *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 45, 3 (1992): 375-401.
- Piché, Sébastien, *Histoire de la spécialisation médicale au Québec. Le cas de la naissance de l'hématologie à l'hôpital Notre-Dame de Montréal, 1920-1960*, mémoire de maîtrise (histoire), Université du Québec à Montréal, 1999, 113 p.
- Pierre-Deschênes, Claudine, «Santé publique et organisation de la profession médicale au Québec, 1870-1918», *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 35, 3 (1981): 355-375.
- Prud'homme, Julien, «La formation universitaire et l'établissement d'une nouvelle profession. L'orthophonie-audiologie à l'Université de Montréal, 1956-1976», *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 56, 3 (2003): 329-356.

- Prud'homme, Julien, *L'émergence d'une nouvelle profession. Histoire de l'orthophonie au Québec (1950-2003)*, mémoire de maîtrise (histoire), Université du Québec à Montréal, 2003, 149 p.
- Remondière, Rémi, «Une naissance conjointe: l'émergence de la kinésithérapie en France et l'installation de la physiothérapie au Québec. Trajectoires en miroirs», *Canadian Bulletin of Medical History/Bulletin canadien d'histoire médicale*, 15 (1998): 153-187.
- Renaud, Marc, «Les réformes québécoises de la santé ou les aventures d'un État "narcissique"», dans Peter Keating et Othmar Keel (dir.), *Santé et société au Québec*, 1995, p. 189-217.
- Rousseau, François, *La croix et le scalpel. Histoire des Augustines et de l'Hôtel-Dieu de Québec*, t. 2, 1892-1989, Sillery, Septentrion, 1994, 485 p.
- Svensson, Lennart G., «Knowledge as a Professional Resource. Case Studies of Architects and Psychologists at Work», dans Rolf Torstendahl et Michael Burrage (dir.), *Professions in Theory and History*, 1990, p. 51-70.
- Turgeon, Jean et Hervé Anctil, «Le Ministère et son réseau public», Vincent Lemieux et al. (dir.), *Le système de santé au Québec*, 1994, p. 79-106.
- Twohig, Peter et al., *Challenge and Change. A History of the Dalhousie School of Nursing, 1949-1989*, Halifax, Fernwood/Dalhousie University, 1998, 144 p.
- Twohig, Peter et al., *Organizing the Bench. Medical Laboratory Workers in the Maritimes, 1900-1950*, thèse de Ph.D. (histoire), Dalhousie University, 1999, 365 p.
- Vaillancourt, Yves, *L'évolution des politiques sociales au Québec, 1940-1960*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 1988, 513 p.
- Wailoo, Keith, *Drawing Blood. Technology and Disease Identity in Twentieth-Century America*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1997.
- White, Deena, «The Rationalization of Health and Social-Service Delivery in Québec», dans B. Singh Bolaria et Harley Dickinson (dir.), *Health, Illness and Health Care in Canada*, Toronto, Harcourt Brace, 1994, p. 83-105.