Document généré le 15 juil. 2025 16:27

Recherches sociographiques

La formation des hygiénistes à l'Université de Montréal, 1910-1975 : de la saanté publique à la médecine préventive

Dominique Gaucher

Volume 20, numéro 1, 1979

Savoirs savants

URI : https://id.erudit.org/iderudit/055822ar
DOI : https://doi.org/10.7202/055822ar

Aller au sommaire du numéro

Éditeur(s)

Département de sociologie, Faculté des sciences sociales, Université Laval

ISSN

0034-1282 (imprimé)
1705-6225 (numérique)

Découvrir la revue

Citer cet article

Gaucher, D. (1979). La formation des hygiénistes à l'Université de Montréal, 1910-1975 : de la saanté publique à la médecine préventive. *Recherches sociographiques*, *20*(1), 59–85. https://doi.org/10.7202/055822ar

Résumé de l'article

Pour contrer l'effet dévastateur des maladies contagieuses et de la mortalité infantile sur la population québécoise — et spécialement la population ouvrière — divers organismes mettaient sur pied au début du siècle un programme de formation d'hygiénistes (médecins et infirmières) à l'Université de Montréal. Les écoles ainsi créées s'inscrivaient dans le courant international de la santé publique qui se développait parallèlement et distinctement de la médecine clinique. Ces programmes prirent de l'ampleur avec la création de l'École d'hygiène en 1945, diversifiant la formation offerte. Dans le courant de réintégration de la médecine clinique et de la médecine préventive des années 60, la formation des hygiénistes se transforma et perdit l'autonomie qui l'avait caractérisée. Cette évolution, qui s'étend sur une période de soixante ans, s'inscrit à la fois dans le schisme entre curatif et préventif, à l'échelle internationale, et dans le développement du champ scientifique québécois.

Tous droits réservés © Recherches sociographiques, Université Laval, 1979

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

https://www.erudit.org/fr/

LA FORMATION DES HYGIÉNISTES À L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL, 1910–1975 : DE LA SANTÉ PUBLIQUE À LA MÉDECINE PRÉVENTIVE *

Pour contrer l'effet dévastateur des maladies contagieuses et de la mortalité infantile sur la population québécoise — et spécialement la population ouvrière — divers organismes mettaient sur pied au début du siècle un programme de formation d'hygiénistes (médecins et infirmières) à l'Université de Montréal. Les écoles ainsi créées s'inscrivaient dans le courant international de la santé publique qui se développait parallèlement et distinctement de la médecine clinique. Ces programmes prirent de l'ampleur avec la création de l'École d'hygiène en 1945, diversifiant la formation offerte. Dans le courant de réintégration de la médecine clinique et de la médecine préventive des années 60, la formation des hygiénistes se transforma et perdit l'autonomie qui l'avait caractérisée. Cette évolution, qui s'étend sur une période de soixante ans, s'inscrit à la fois dans le schisme entre curatif et préventif, à l'échelle internationale, et dans le développement du champ scientifique québécois.

La santé publique vit le jour à une époque où peu de services de santé étaient offerts à la population. Elle est indissociable de l'avènement de l'industrialisation. Car c'est au moment où des épidémies ravageaient les quartiers pauvres de Londres, dont les conditions sanitaires se dégradaient vers le milieu du XIXe siècle, que les premières mesures de salubrité publique furent prises par l'aristocratie dont la santé était elle-même menacée.[1] C'est à cette époque aussi que furent mis sur pied au Québec les premiers services d'hygiène publique, aux niveaux municipal et provincial.[2]

---

* Cette recherche s'insère dans un travail plus élaboré, actuellement en cours, portant sur la santé publique au Québec. L'auteur remercie le docteur Panisset, dernier doyen de l'École de santé publique, pour l'entretien accordé. Elle voudrait remercier aussi Serge Simoneau, Marc Renaud, Marcel Fournier et Louise-Hélène Trottier pour l'aide apportée dans la rédaction de ce texte ainsi que Nicole Gagnon, pour son travail d'édition.

1. J.G. FREYMANN, « Medecine's great schism : prevention vs. cure : an historical interpretation », *Medical Care*, XIII, 7, 1975 : 525–536.

2. J.-Y. RIVARD *et al.*, *L'évolution des modes de distribution des soins au Québec*, étude préparée pour la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, Québec, 1970.

Le début du XXe siècle allait donner un coup d'envoi à la santé publique, aux États-Unis et dans le monde entier. Les fondations Rockefeller et Carnegie prirent en charge le développement de programmes massifs de santé publique pour faire échec, dans un premier temps, à la « maladie de la paresse »[3] qui diminuait considérablement la productivité des travailleurs noirs des plantations du Sud. Constatant le succès que remportaient ces programmes — la production doubla rapidement — la fondation Rockefeller les étendit rapidement au Tiers-Monde, favorisant ainsi la pénétration impérialiste américaine dans ces pays ; c'est elle qui fut à l'origine de la première unité sanitaire québécoise en 1926.[4]

C'est à cette période que les premières écoles de santé publique furent mises sur pied aux États-Unis ; il fallait, de toute évidence, un personnel préparé à appliquer les programmes de santé publique. Ces écoles furent dès le départ distinctes des écoles de médecine : la fondation, même si elle voyait, par une pratique de subventions discriminatoire, à l'implantation du monopole de la médecine allopathique comme seule médecine reconnue scientifiquement, ne souhaitait introduire aucune concurrence financière entre pratique privée et santé publique.

Cette distinction initiale allait être maintenue et renforcée dans le « champ scientifique ».[5] Ce qui n'était au départ conçu que comme une cohabitation sans heurt allait prendre une tournure plus conflictuelle à chaque fois qu'une intersection des champs de pratique mettait en jeu le statut des professionnels de la santé publique. Ayant des programmes, des écoles et des professionnels distincts, médecine préventive et médecine curative étaient donc vouées à se développer de manière isolée, la première confinée à la santé publique et la seconde associée à la pratique privée et lucrative.

La distinction institutionnelle et économique entre médecine préventive et clinique est actuellement remise en cause : la médecine préventive, née de la médecine clinique au tournant du siècle, est progressivement réintégrée à celle-ci. Si cette réunification relève de facteurs extérieurs au champ scientifique, elle n'en causera pas moins des remous importants en son sein, provoquant une crise de légitimité chez les professionnels de la santé publique.

Au niveau du paradigme scientifique, la distance ne semble pas aussi grande, au contraire. Si la santé publique était en quelque sorte, au départ,

---

3. Ankylostomiase : maladie due à un parasite et qui provoque l'anémie. Plus généralement, pour le rôle joué par la fondation Rockefeller dans la santé publique, voir : R. BROWN, « Public health and imperialism », *Monthly Review*, septembre 1977 : 21-34.

4. RIVARD, *op. cit.*, p. 10.

5. Cette notion développée par Bourdieu et reprise, au Québec, par Marcel Fournier et une équipe de chercheurs, peut se résumer ainsi : il s'agit d'un « système de relations objectives entre des positions hiérarchiques et en concurrence pour le monopole d'un capital spécifique et d'une légitimité particulière ». Voir : M. FOURNIER *et al.*, « Le champ scientifique québécois : structure, fonctionnement et fonctions », *Sociologie et sociétés*, VII, 1, 1975, p. 123.

l'héritière de la médecine sociale du XVIIIe siècle, en ce qu'elle reconnaissait implicitement les liens entre conditions de vie et santé et qu'elle s'attaquait à ces conditions de vie, elle a tôt fait, sous l'influence de la théorie des germes qui s'implantait en médecine, de se « biologiser » et d'aborder les problèmes en termes de pathologies sur lesquelles il est possible d'agir scientifiquement. La santé publique ne poussera cependant pas aussi loin cette démarche que ne le fit la médecine ; l'introduction de la bactériologie et de l'immunologie, ouvrant la voie à l'ère des vaccins, conféra à la santé publique ses titres de noblesse sans pour autant évacuer les préoccupations sociales qui lui étaient propres.

I. L'ENSEIGNEMENT DE L'HYGIÈNE À L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Celui qui sera le directeur de l'École d'hygiène sociale appliquée de l'Université de Montréal, le docteur Baudouin, exprime, dans son introduction à l'étude de l'hygiène sociale, les objectifs de celle-ci.[6] L'un d'entre eux est de participer à l'augmentation de la population francophone dans la population canadienne. Parce que l'augmentation naturelle de la population et l'immigration semblent insuffisantes, il apparaît primordial de diminuer le taux de mortalité par la lutte contre les maladies infectieuses et la mortalité infantile. Les maladies infectieuses sont en effet responsables d'une grande part des décès, au Québec comme ailleurs : un cinquième des décès dans le monde à cette époque, par exemple, sont attribuables à la tuberculose. La mortalité infantile, pour sa part, est de loin le problème le plus important ; elle est plus de deux fois supérieure à la mortalité par maladies infectieuses, au Québec, de 1911 à 1921.[7]

En plus d'une motivation à caractère nationaliste et d'une réaction à une situation pour le moins alarmante, il se dégage de l'exposé du docteur Baudouin un autre aspect, plus proprement économique cette fois, du rôle de l'hygiène :

> « Le capital humain est le plus précieux de tous, source de tous les autres ; à sa valeur sont liés, subordonnés, tous les facteurs de la fortune nationale. La sauvegarde de la santé est la condition de la prospérité économique. »[8]

En ce sens, la lutte contre la mortalité infantile, doublée d'un objectif de prévention des maladies infectieuses, même si elle semble éloignée des problèmes de santé au travail, vise au maintien et à l'augmentation de la population laborieuse. En effet, le docteur Baudouin le dira lui-même, « si l'enfant n'est pas

6. J.-A. BAUDOUIN, « Introduction à l'étude de l'hygiène sociale », *Revue trimestrielle canadienne*, VII, 25, 1921 : 449–455.

7. J.-A. BAUDOUIN, « Bilan-vie », *Revue trimestrielle canadienne*, XI, 41, 1925 : 83–114.

8. Baudouin cite ici Léon Bernard, professeur à la Faculté de médecine de Paris. (BAUDOUIN, *op. cit.*, 1921, p. 449.)

vaincu dès les premières attaques, il s'élèvera avec plus de difficulté et contribuera plus tard à grossir le nombre des affaiblis, des *demi-productifs.* »[9]

L'hygiène, loin de se limiter à l'action sanitaire proprement dite, aura pour mandat de contribuer à solutionner les problèmes de maladie, d'arriération mentale, de pauvreté, de criminalité, d'alcoolisme, d'instruction publique, ainsi que des problèmes industriels.

> « L'hygiène doit prendre place avec les autres forces, religion, législation, philanthropie, etc. qui travaillent au relèvement de la société. »[10]

Le rôle de l'hygiène était donc plus vaste que celui de la médecine et requérait une formation différente, qui fut perçue, au départ du moins, comme complémentaire à la formation médicale. Les étudiants admis aux programmes de formation d'hygiénistes, surtout durant les quinze premières années, détenaient déjà un diplôme universitaire ou un poste dans le secteur de la santé publique. Celui-ci se limitait au départ aux bureaux de santé municipaux pour s'étendre, dans les années 30, aux unités sanitaires relevant de la province.

Malgré l'importance que pouvaient revêtir ces programmes de formation, leur existence n'allait pas de soi. Le cheminement administratif qu'a parcouru la formation des hygiénistes en soixante ans est d'une telle complexité qu'il apparaît important de retracer ici son évolution.

À partir de 1904, Abraham Flexner visita les universités américaines et canadiennes pour déposer, en 1911, son rapport sur l'enseignement de la médecine et de la santé publique, rapport qui devait donner un coup d'envoi décisif à l'orientation que les grandes fondations américaines souhaitaient donner à cet enseignement.[11]

S'il est difficile d'établir un lien direct entre ce rapport et l'ouverture, en 1911, à la Faculté de médecine d'un « cours spécialisé en hygiène publique », on peut supposer, connaissant l'impact qu'eut ce rapport aux États-Unis, qu'ils participent à un même courant de pensée. Il est par contre plus facile de retracer les liens entre ce courant et l'École d'hygiène sociale appliquée. Le docteur Baudouin avouera à plusieurs reprises se référer à l'idéologie américaine en matière de santé publique ; l'École reçut de plus la visite du président de la fondation Rockefeller, le docteur George Vincent.

Ouvert en 1911, le cours conduisant au Diplôme d'hygiène publique (D.H.P.), destiné aux médecins, constitue, de 1926 à 1933, le programme de

9. J.-A. BAUDOUIN, « La mission sociale de l'hygiène », *Revue trimestrielle canadienne*, VIII, 30, 1922, p. 223. (Je souligne.)

10. *Id.*, p. 222.

11. Pour l'ensemble des informations concernant le Rapport Flexner, voir : H.S. BERLINER, « A large perspective on the Flexner Report », *International Journal of Health Services*, V, 4, 1975 : 573–592 et A. FLEXNER, *Medical Education in the United States and Canada*, New York, Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, bulletin n° 4, 1910.

l'École d'hygiène publique, dont le statut est alors celui d'école annexée à la Faculté de médecine. L'École reprenait cependant son statut de programme spécialisé de la Faculté, de 1933 à 1941.

L'existence autonome de l'École d'hygiène publique (de 1926 à 1933) correspond exactement à la période de mise sur pied au Québec, par la fondation Rockefeller, des unités sanitaires. La première vit le jour en 1926 en Beauce, à titre de projet pilote ;elles firent l'objet d'une loi provinciale en 1933.

Le programme de l'École s'adressait explicitement aux médecins désireux de faire carrière dans les services de santé provinciaux et municipaux. En effet, plusieurs des professeurs provenaient de ces services et le cours comportait des stages dans les services municipaux d'hygiène et dans les hôpitaux ainsi que quelques inspections individuelles. La formation se centrait sur l'hygiène publique plutôt que sur l'hygiène personnelle, elle était globalement composée de cours de bactériologie et « d'éléments essentiels à la pratique journalière de l'officier hygiéniste ».[12]

La formation des « garde-malades » dépendait elle aussi de la Faculté de médecine qui créa, pour les finissantes des écoles d'infirmières, l'École d'hygiène sociale appliquée, ayant le statut d'école « annexée à une faculté » jusqu'en 1939.[13] Cette École ouvrit ses portes pour l'année scolaire 1926-1927, en même temps que l'École d'hygiène publique.

Le début des années 40 voit se produire un grand remue-ménage : l'École d'hygiène sociale perd son statut d'école annexée en septembre 1939, pour devenir un département de la Faculté de médecine. L'annuaire de 1940-1941[14] annonce une réorganisation de son D.H.P. ; l'année suivante, le cours d'hygiène publique (destiné aux médecins) et une nouvelle « École d'infirmières hygiénistes » sont regroupés au sein des « cours spéciaux d'hygiène publique » de la Faculté de médecine. Il s'agit ici d'un regroupement administratif sous l'égide de la Faculté qui n'entraîna pas nécessairement de modification sensible du contenu de la formation.

Cinq ans plus tard (1946-1947), était créée l'École d'hygiène. Cette dernière était portée au rang de faculté, sans toutefois posséder de locaux indépendants : elle logeait à la même enseigne que son parrain, l'Institut de microbiologie et d'hygiène (créé en 1938), dont elle utilisait largement le personnel, les subventions et les laboratoires, et qui lui permit de s'affilier à l'American Public Health

12. Université de Montréal, *Annuaire général*, 1911-1912.

13. L'École décerna aussi des certificats aux barbiers-coiffeurs ; elle reçut pendant quelques années les étudiants en médecine et elle tenta, à partir de 1934, de mettre sur pied des programmes de formation d'inspecteurs sanitaires, de directeurs de services de santé et de médecins phtisiothérapeutes et puériculteurs, programmes pour lesquels elle n'obtint jamais de fonds. Tous ces programmes étaient cependant périphériques dans les activités de l'École.

14. Université de Montréal, *Annuaire général*, 1940-1941.

Association (A.P.H.A.).[15] L'École d'infirmières hygiénistes, pour sa part, continua d'exister comme « enseignement connexe » à la Faculté de médecine jusqu'à son inclusion à l'École d'hygiène en tant que département en 1949. La formation de tous les professionnels de l'hygiène semblait donc en voie d'être enfin réunie sous le même toit.

L'Université avait reconnu, depuis longtemps, un certain nombre d'écoles hospitalières qui se chargeaient de la formation pratique *et* théorique des infirmières. Depuis 1925, l'Université décernait cependant elle-même les diplômes qui servaient de certification automatique à l'Association des garde-malades enregistrées de la province de Québec (A.G.-M.E.P.Q.). Ces dernières pouvaient ensuite parfaire leur formation par un certificat en diététique, en administration hospitalière ou en hygiène sociale, l'accumulation de ces certificats conduisant à un Diplôme supérieur pour garde-malades... qui semble être resté lettre morte, faute de candidates ! L'Université, qui pourvoyait déjà à la formation spécialisée, s'affilia en 1935 l'École supérieure d'infirmières (Institut Marguerite d'Youville) pour assurer la formation de base des infirmières. La Faculté de nursing fut finalement créée en 1962 et elle intégra l'École d'infirmières hygiénistes deux ans plus tard.

L'École d'hygiène, de son côté, devient l'École de santé publique en 1969 et est rattachée temporairement à la Faculté de médecine en 1970, pour disparaître complètement en 1975, ses principaux départements étant absorbés par la Faculté de médecine.

Ces différentes modifications de statut administratif correspondront, tout au long de l'histoire de la formation des hygiénistes, à des virages dans la situation financière des Écoles concernées et à des réorientations, souvent fondamentales, dans la conception de leurs objectifs et de leurs programmes.

II. L'ÉCOLE D'HYGIÈNE SOCIALE APPLIQUÉE, 1926–1939

L'École d'hygiène sociale appliquée, qui assurait la formation des « garde-malades », eut le statut d'école annexée à la Faculté de médecine de 1926 à 1939. Intégrée alors à la Faculté de médecine, elle continua à fonctionner sous le même nom jusqu'en 1941. Elle devint alors l'École d'infirmières hygiénistes.

A) *Financement*

Le financement de l'École fut assuré dès le départ par les pouvoirs publics, des organisations charitables, la compagnie d'assurance-vie Métropolitaine

15. L'École travaillait avec l'Association canadienne d'hygiène publique pour la préparation de certains dossiers spécifiques.

(entreprise américaine) ainsi que par la perception des frais de scolarité. Les organismes subventionnaires siégeaient au conseil d'administration, aux côtés d'une commission de garde-malades déléguées par la Faculté de médecine.

La Ville de Montréal et le gouvernement provincial fourniront annuellement $5 000 chacun jusqu'en 1933 où, à cause de la Crise, le gouvernement ne put offrir que $2 000 et l'Hôtel de ville, $500. L'octroi du gouvernement provincial fut renouvelé en 1935 et passa à $2 500 de 1936 à 1938 ; celui de la Ville se chiffre à $2 000 en 1934 et 1935 puis cesse définitivement.

La Ligue antituberculeuse et de santé publique, fondée en 1924, contribua au financement de l'École, dès son ouverture, par un montant annuel de $12 000. Elle dut cependant retirer ses subventions ainsi que les quatre infirmières mises à la disposition de l'École le premier janvier 1929, au début de la Crise. À la disparition de la Ligue antituberculeuse, peu de temps après, la Fédération des œuvres sociales de santé est mise sur pied. Elle subventionnera l'École jusqu'en 1933, année où elle deviendra la Fédération des œuvres de charité catholiques canadiennes-françaises. Ayant changé de statut, elle se verra forcée d'exclure l'École du nombre de ses récipiendaires. Il était en effet impossible d'accorder à l'École le statut d'œuvre de charité.

Quant à la compagnie d'assurance-vie Métropolitaine, elle avait un intérêt certain au maintien de l'École : renouveler son service d'infirmières visiteuses, inauguré en 1911 et mis à la disposition de ceux de ses assurés qui appartenaient à la classe ouvrière.[16] Ainsi, selon une infirmière de l'École, la compagnie, par son service de soins à domicile, « désirait aussi réduire de façon appréciable la maladie et la mortalité parmi les détenteurs de polices, par une campagne d'éducation ».[17]

Cet intérêt à court terme de la compagnie ne semble cependant pas être le seul motif de son action ; à l'instar des grandes fondations, la compagnie avait, si l'on en croit une diplômée de l'École, des visées aussi larges que celles de son directeur : « Gouvernements et compagnies d'assurance sont d'accord pour dire que le capital humain est la valeur première. »[18] Cette préoccupation fut mise en pratique :

> « Un recensement des maladies fut entrepris (dans les paroisses de Sainte-Catherine et du Sacré-Cœur) en décembre 1926 à la suggestion de la Compagnie d'assurance-vie Métropolitaine et démontra un total de 1 083 cas de maladies diverses (sur une population de 18 955 personnes). De ce nombre, on détacha 495 personnes malades et réduites à l'improductivité par

16. J.-A. BAUDOUIN, « L'École d'hygiène sociale appliquée », *Revue trimestrielle canadienne*, XXV, 9, 1939, p. 199.

17. A. MARTIN, « Contribution de l'infirmière de la Métropolitaine dans le domaine de l'hygiène », *La Garde-malade canadienne-française*, VIII, 7, 1935, p. 428.

18. A. DELAND, « La contribution de l'infirmière hygiéniste en hygiène prénatale », *La Garde-malade canadienne-française*, VIII, 9, 1935, p. 553.

suite de leur affection, soit une proportion de 2.6%, ou une perte de 9.5 jours par année pour toute la population recensée. Un rapport des plus documentés fut publié à ce sujet par la Métropolitaine. »[19]

La compagnie fut, on le comprend, prompte à engager les diplômées de l'École dans ses services ; il n'en fut cependant pas de même pour les autres pourvoyeurs. Ce n'est en effet qu'en 1934 que la Commission d'hygiène de la ville de Montréal et le Service provincial d'hygiène décidèrent de favoriser les infirmières diplômées de l'École dans l'embauche de leur personnel. Les bonnes résolutions des services publics ne semblent cependant pas s'être appliquées avec rapidité car on ne peut noter aucune hausse significative dans l'embauche d'infirmières hygiénistes dans ces services entre 1934 et 1938 (de 12.2% à 13.6% seulement). Quant au pourcentage d'infirmières employées par la Métropolitaine, il baissa, entre 1935 et 1938, passant de 36.6% à 31%. La compagnie, qui avait cessé de subventionner l'École en 1933, n'engagea vraisemblablement plus de finissantes après 1935. En 1938 (qui fut la dernière année d'existence autonome de l'École), la Métropolitaine avait à son service 31% des cent soixante-dix-sept infirmières formées depuis 1927, alors que les services publics en employaient 13.6%, soit à peine plus que ce que comptaient les associations volontaires (10.7%). Parmi les autres, 20% se répartissaient dans des services divers, alors que 11.9% s'étaient mariées et 11.3% étaient en chômage.

S'il n'est pas possible d'établir le montant des sommes versées par la compagnie, nous savons par contre que leur retrait en 1933 fit de cette année-là « l'année fatidique » dans l'histoire de l'École.[20] La crise économique affectant en même temps les pouvoirs publics, les empêchant par le fait même de combler le déficit causé par le retrait des subventions de la compagnie, allait porter à l'École un coup fatal.

D'un budget de $25 000 en 1929, l'École passait en 1933 à un montant plus modeste de $18 000, dont elle ne reçut en fait que... $1 200 ! Les frais de scolarité durent donc passer de $50 à $100 par année et l'on tenta de sauver l'École par divers moyens : les communautés religieuses contribuèrent ainsi que les anciennes graduées qui organisèrent parties de cartes, quêtes, etc. Le Ministère de la santé, créé en 1936 pour remplacer le Service provincial d'hygiène, fournit, de 1936 à 1938, une somme annuelle de $2 500 qui ne suffit pas à relever la situation financière de l'École. L'année 1938 se soldait par une dette de $14 337.88. Émue par le sacrifice des professeurs (qui renoncèrent à leurs honoraires), l'Université décida de « sauver » l'École en l'intégrant à la Faculté de médecine en 1939, incorporant et augmentant son budget l'année suivante.

19. BAUDOUIN, *op. cit.*, 1939, p. 200.

20. Le rapport annuel de 1938 explique que la Compagnie ne pouvait, selon ses statuts, financer l'École pour plus de cinq ans. La politique de la Compagnie était d'aider à la mise sur pied d'institutions, et non de voir à leur financement permanent. (*Id.*, p. 205.)

B) *La formation des infirmières*

Pour une durée égale à celle du cours d'infirmière hygiéniste (neuf mois) dispensé par l'École d'hygiène sociale appliquée, les frais de scolarité du cours des médecins s'élevaient à $175 comparativement à $50 pour les infirmières. Cette différence, qui est de 3.5 pour 1, reflète une distinction entre les deux formations. Elles préparaient ces professionnels à deux types d'insertion dans le marché du travail. Les infirmières étaient plus aptes à effectuer le travail de prévention de la mortalité infantile auprès des bénéficiaires, le fait d'être femme facilitant le « dépistage » des grossesses et le contact avec les mères et les enfants.[21]

Cette différence de tâches se doublait d'une distinction de statut et de rémunération. Une infirmière hygiéniste déclare en 1935 :

> « Du point de vue économique, ce qui intéresse surtout les administrateurs, le travail social de l'infirmière hygiéniste dans la lutte anti-tuberculeuse leur sera une véritable épargne sur le budget de l'hospitalisation. »[22]

Cette économie était d'autant plus grande que les infirmières n'obtenaient aucune rémunération pour les stages effectués durant leur formation. Leur présence sur le marché du travail sera de plus assez instable : selon les données compilées par les élèves de l'École, le taux de « disponibilité » (chômage) de l'ensemble des diplômées oscillera de 1934 à 1938 entre 11.3% et 18.8%.[23]

Préparant à un travail différent de celui des médecins et effectué sous leur supervision, la formation des infirmières comportait moins de cours théoriques et plus de stages pratiques leur permettant d'appliquer immédiatement les connaissances acquises. Le cours d'hygiène s'adressant aux infirmières, qui durait un an (de septembre à juin), était en effet composé de quinze cours pratiques, principalement des stages, et de quatre cours théoriques axés sur une approche sociale de l'hygiène. Ces quatre cours sont toujours mentionnés à la fin des rapports annuels du docteur Baudouin. Est-ce un indice de leur moindre importance ? On peut, du moins, supposer que peu d'heures leur étaient consacrées, les deux tiers du temps étant dévolus aux cours pratiques.

---

21. L'une des mesures de prévention de la mortalité infantile consistait à faire suivre les femmes enceintes par des médecins, ce qui n'était pas encore pratique courante à cette époque. Les femmes ne se référant pas spontanément au système de santé en cas de grossesse, il fallait user de stratagèmes et de questions indiscrètes pour découvrir les grossesses avant qu'elles ne soient évidentes. « Dans la consultation infantile, l'infirmière passe un questionnaire intime aux mamans... » (M. PELLETIER, « Contribution de l'infirmière hygiéniste dans la lutte contre la mortalité infantile », *La Garde-malade canadienne-française*, VIII, 9, 1935, p. 533.)

22. F. RIVET, « Contribution de l'infirmière hygiéniste dans un service municipal », *La Garde-malade canadienne-française*, VIII, 9, 1935, p. 528.

23. J.-A. BAUDOUIN, « L'École d'hygiène sociale appliquée », *Revue trimestrielle canadienne*, 1935 à 1939 : *op. cit.*, 1935 ; XXII, 86, 1936 : 195-215 ; XXII, 90, 1937 : 203-222 ; XXIV, 94, 1938 : 185-204 ; *op. cit.*, 1939.

1. *Les cours théoriques*

Pour que les infirmières puissent « s'employer à pourvoir au redressement économique et moral de leurs protégés »,[24] il leur fallait connaître les causes des problèmes qu'elles allaient rencontrer. Elles suivaient donc des cours de civisme (*i.e.* d'administration publique, donné par Édouard Montpetit), de psychologie et de droit social, de sociologie appliquée et d'économie sociale. Dans ce dernier cours, notamment, on utilisait les encycliques comme document de référence pour traiter des sujets suivants : « classes sociales, bolchévisme, machinisme, socialisme, coopératisme ("le socialisme communiste est irréalisable comme système libre et durable") ; syndicalisme chrétien et socialiste (Internationales) ; la hiérarchie entre les entreprises, le rôle du capital, l'impôt, etc. »[25] Le travail des infirmières hygiénistes, loin de se limiter à une action curative, comportait donc en lui-même une compréhension de la nature sociale de la maladie, toutefois bien encadrée par la doctrine sociale de l'Église.

Le cours de sociologie appliquée était donné par Arthur St-Pierre, professeur à l'École des sciences sociales, économiques et politiques, qui se prononçait en faveur de l'intervention de l'État.

> « La durée du travail ne doit pas excéder la mesure des forces des travailleurs. [...] L'État doit légiférer pour éviter l'aggravation du fossé entre ces deux classes sociales. »[26]

Le cours portant le titre de « Champ d'action de l'infirmière hygiéniste » allait finalement délimiter leur territoire d'intervention — être des éducatrices en hygiène — et leur position sociale d'infirmières. Une diplômée décrivait, en 1935, son rôle :

> « L'infirmière visiteuse, quel que soit le domaine de ses activités, ne désire dans ses fonctions que coopérer avec les organisations publiques ou privées, aider ou seconder le médecin traitant, ne demandant en retour qu'un peu de confiance. »[27]

2. *La formation pratique*

C'est à travers les cours pratiques que l'École rayonnait dans le milieu. Les différents stages — reliés à chacun des cours pratiques — étaient regroupés dans le « centre de démonstrations pratiques ». Ce centre toucha, de 1926 à 1930, au moment où la fondation Rockefeller établissait au Québec les premières unités sanitaires, deux paroisses ouvrières, situées dans les plus vieux quartiers

---

24. J.-A. BAUDOUIN, « L'École d'hygiène sociale appliquée de l'Université de Montréal », *Revue trimestrielle canadienne*, XXI, 83, 1935, p. 324.

25. Cette description figure dans tous les rapports annuels du docteur Baudouin.

26. A. ST-PIERRE, « La journée de travail », *Revue trimestrielle canadienne*, VIII, 32, 1922, p. 452.

27. A. MARTINEAU, « Contribution de l'infirmière hygiéniste dans la lutte contre les maladies contagieuses », *La Garde-malade canadienne-française*, VIII, 8, 1935, p. 480.

de Montréal. Après une interruption de trois ans, causée sans doute par la Crise, l'intervention touche, de 1933 à 1940, deux paroisses rurales de l'île de Montréal.[28]

Ce passage d'un champ d'action urbain ouvrier à un champ d'action rural, en 1933, n'a pas reçu de justification explicite ; il participe cependant d'un mouvement qui déborde les cadres de l'École. On sait que le Québec est la plus urbanisée des provinces en 1933 et que les dispensaires sont plus nombreux en ville qu'à la campagne. La loi de 1933, qui remplace les anciens « bureaux municipaux de santé » par les unités sanitaires, amène quelques réaménagements. On peut supposer que les infirmières ont alors eu à faire à la campagne ce qu'elles avaient fait dans les villes, c'est-à-dire le travail de pionnières.[29] C'est du moins l'interprétation suggérée par le cas des *Public Health Nurses* ontariennes, qui effectuaient, dans les régions éloignées et peu attirantes, le travail normalement dévolu aux médecins.[30]

Le travail en milieu rural présentait de plus l'intérêt, par le biais de l'Œuvre de placement familial, de contrer le mouvement d'exode rural, l'un des problèmes préoccupants de l'époque :

> « Je résume : vous aviez un prédisposé à la tuberculose ; d'un côté, le taudis, la misère, la tuberculose. De l'autre, la belle ferme où se trouvent de bons œufs frais, des légumes et du lait en quantité... Comme intermédiaire : l'infirmière. Le résultat ? l'enfant dans son milieu grandit, se développe normalement, devient un brave Canadien sain de corps et d'esprit et très souvent, *un solide fermier.* »[31]

Le docteur Baudouin présentait son centre comme étant un moyen par lequel l'École pouvait « collaborer avec les œuvres d'hygiène en leur procurant le personnel compétent dont elles ont un impérieux besoin ».[32] Procurer du personnel compétent a ici un double sens. Il s'agit, d'un part, de former du personnel qui sera par la suite engagé dans les services de santé privés ou publics (le directeur se battra des années durant pour obtenir l'engagement prioritaire de ses diplômées); il s'agit d'autre part de mettre les étudiantes à la disposition de

---

28. Ce changement correspond au déménagement de l'École, passant de l'édifice des Syndicats catholiques, situé coin de Montigny et Beaudry (en plein centre ouvrier), au 3256 rue Lacombe, dans la paroisse Côte-des-Neiges, en 1934.

29. Une infirmière affirme en 1935, lors du congrès de l'École, que l'infirmière de l'unité sanitaire ne peut remplacer le médecin en aucune façon, pour admettre, quelques minutes plus tard, que l'infirmière scolaire effectue seule la visite de l'école du rang. Ces affirmations contradictoires montrent que le champ de pratique ne semblait pas être clairement délimité entre médecins et infirmières, dans les campagnes. (J. D'AMOURS, « La contribution de l'infirmière dans l'unité sanitaire de comté », *La Garde-malade canadienne-française*, VIII, 9, 1935, pp. 540 et 544.)

30. J. COBURN, « I see and I am silent : A short history of nursing in Ontario », *Women at Work, Ontario 1850–1930*, Toronto, Canadian Women Educational Press, 1974 : 127–164.

31. I. GENEST, « La contribution de l'infirmière hygiéniste dans l'Œuvre Grancher », *La Garde-malade canadienne-française*, VIII, 12, 1935, p. 722.

32. BAUDOUIN, *op. cit.*, 1935, p. 307.

ces mêmes services, durant leur formation, et ce, à titre absolument gratuit. Les stages bénéficiaient ainsi à toutes les œuvres d'hygiène fonctionnant à Montréal. En plus de visiter toutes les institutions sociales et les œuvres de charité, les infirmières y effectuaient des traitements, des examens, ainsi que le classement des données et la rédaction de rapports sur les visites faites dans les familles.

Les stages couvraient les deux tiers du cours, leur durée variant de quelques jours à six semaines et leur nombre atteignant la quinzaine dans les dernières années. Les données contenues dans les rapports annuels permettent d'établir le nombre moyen de visites à domicile qu'effectuaient par mois les élèves infirmières : de 45 visites par mois en 1927, on passe à 123 en 1930, année où les infirmières durent compenser le retrait des quatre infirmières de la Ligue antituberculeuse. La moyenne diminue progressivement par la suite : 91 en 1933, 66 en 1935, 56 en 1937 et 53 en 1939. Mais, en plus de faire entre onze et trente visites par semaine,[33] les élèves travaillaient aux consultations paroissiales et suivaient leurs cours qui se donnaient, on le comprend, souvent le soir.

3. *Champs d'action*

Les cours pratiques ainsi que les stages étaient principalement axés sur la lutte contre la mortalité et la morbidité infantiles (hygiène prénatale, des nourrissons et des enfants d'âge préscolaire, hygiène scolaire, hygiène buccale et psychiatrie) ; le deuxième sujet en importance s'articule autour de la lutte contre les maladies infectieuses (bactériologie, diététique, hygiène urbaine, tuberculose et autres maladies contagieuses).

Le service d'hygiène prénatale avait pour but de réduire la mortalité puerpérale (mortalité maternelle et morts-nés). Le rôle des infirmières consistait à inscrire les « mères expectantes » dans les paroisses desservies pour les mettre sous la surveillance de leur médecin de famille. Ce qui fera dire au docteur Baudouin : « Les œuvres d'hygiène sont donc à l'avantage à la fois de la population et de la profession médicale. »[34] Ce qui n'était sûrement pas non plus pour déplaire à la compagnie d'assurance-vie Métropolitaine : le cours était donné par la représentante de la compagnie au conseil d'administration de l'École, qui cumulait les fonctions de « surintendante » des garde-malades dans cette même compagnie.

En ce qui concerne l'hygiène des nourrissons, elle est motivée par le fait qu'au Québec, de 1926 à 1931 par exemple, 42.6% des décès infantiles de la

33. Les infirmières ne devaient pas, non plus, être avares de leur temps lors de ces visites, comme le mentionnent les infirmières lors de leur congrès en 1935 (PELLETIER, *op. cit.*, p. 534). Le service du BCG exigeait par exemple d'être au poste de 9h à 5h (S. GOSSELIN, « La contribution de l'infirmière hygiéniste dans les services sociaux », *La Garde-malade canadienne-française*, VIII, 9, 1935, p. 538.)

34. BAUDOUIN, *op. cit.*, 1935, p. 313.

première année surviennent durant le premier mois de la vie. Les nouveau-nés ainsi que leur mère étaient donc visités jusqu'à quatre ou huit fois durant cette période critique. Les étudiantes firent même, en 1939, une moyenne de 6.6 visites par nouveau-né âgé de sept jours, c'est-à-dire une visite par jour. L'École eut vraisemblablement une action efficace: elle enregistra en 1937 un taux de mortalité puerpérale de 12% seulement.

Chez les enfants de un mois à deux ans, la gastro-entérite était, à l'ouverture de l'École, la principale cause de mortalité. Cette maladie était associée à l'alimentation au biberon. La tâche des infirmières hygiénistes était donc toute désignée: convaincre les mères des bienfaits de l'allaitement, puis compiler des données démontrant l'efficacité de cette mesure. La généralisation de la pasteurisation du lait vint prendre le relais, après quelques années de succès retentissants. La gastro-entérite vaincue, ce sont la débilité congénitale et les maladies des voies respiratoires qui tinrent le haut du pavé de la mortalité infantile pour ce groupe d'âge.

Si les efforts de l'École pour diminuer la mortalité infantile dans les quartiers où elle intervenait semblent concluants, quoique sûrement insuffisants devant l'ampleur des problèmes, ses prouesses en psychiatrie sont inquiétantes et semblent tenir plus d'une volonté de contrôle social que de la recherche désintéressée du bien-être des individus.

Dès 1926, l'École fut à l'origine du premier service d'examen psychométrique des enfants d'âge scolaire au Québec, service qui allait être pris en charge trois ans plus tard par la section provinciale du Comité national d'hygiène mentale du Canada (qui venait tout juste de se former). L'objectif de cette initiative: « augmenter le service que rendent les écoles »,[35] et ce, par la création de classes spéciales appropriées aux anormaux dépistés lors des examens. Les résultats sont étonnants: les deux tiers des enfants sont trouvés anormaux!

Le travail des infirmières, en plus de la surveillance des examens, consistait à effectuer des visites à domicile en vue de connaître l'ambiance entourant l'enfant déclaré anormal. Ce service permettait ainsi, comme la plupart des services dispensés par l'École, de pénétrer dans les familles:

> « À la clinique, l'infirmière hygiéniste travaille, de concert avec le médecin, à la solution de certains problèmes sociaux, en apportant à celui-ci des renseignements extrêmement importants, grâce aux visites à domicile, ou à l'école fréquentée par le sujet en cause. »[36]

L'œuvre psychiatrique ne se limitait pas aux enfants; le docteur Baudouin nous donne une idée de ses possibilités:

35. J.-A. BAUDOUIN, « L'École d'hygiène sociale appliquée », *Revue trimestrielle canadienne*, XV, 59, 1929, p. 323.

36. B. BOURBONNAIS, « La contribution de l'infirmière en hygiène mentale », *La Garde-malade canadienne-française*, VIII, 9, 1935, p. 527.

« Vaste est le domaine de la psychiatrie puisque cette science intéresse non seulement l'école et l'industrie dont elle cherche à augmenter le rendement mais aussi tous les êtres humains pour la solution des problèmes qui se posent incessamment au cours de la vie. »[37]

L'École s'intéressa aussi aux filles-mères : elle fit évaluer le niveau mental de celles qui se trouvaient à l'Hôpital de la maternité, en 1928 et 1929. Environ la moitié d'entre elles furent déclarées de niveau « normal » et « moyen » ; 40.8% de niveau « inférieur » et 7.2% « aliénées ». Ces statistiques étonnantes, d'ailleurs basées sur un échantillon très restreint (vingt-huit femmes en 1928 et cent trente en 1929), permirent toutefois au docteur Baudouin de conclure qu'elles « mettent en lumière le lien entre arriération mentale et illégitimité » ![38] On ne sait quels effets eut cette recherche ; certains en tirèrent cependant des conclusions qui sont pour le moins inquiétantes : « Convient-il de laisser en pleine liberté des sujets dont la responsabilité morale est des plus faibles avec des conséquences sociales des plus graves ? »[39] Et, deux ans plus tard, le professeur de pédiatrie de l'École, le docteur Gaston Lapierre, publiait dans la *Revue trimestrielle* un article sur l'eugénisme (stérilisation des dégénérés).

La lutte contre les maladies contagieuses, surtout la tuberculose et la diphtérie, occupait une part importante du temps des élèves étant donné l'ampleur du problème des maladies infectieuses à cette époque. La tuberculose, à elle seule, était responsable de 48% de la mortalité due aux maladies infectieuses. Les élèves participaient à la distribution du BCG ; l'École avait en effet été la première institution française en Amérique du Nord à fabriquer le vaccin et à le distribuer aux nouveau-nés. Selon les données de l'École, les vingt mille vaccinations faites entre 1926et 1938 eurent pour effet de réduire considérablement le taux de mortalité infantile par tuberculose parmi la population visée.[40]

L'École fut de plus à l'origine du service de vaccination contre la diphtérie de la Ville de Montréal. La vaccination, et surtout la revaccination, en plus d'assurer une immunisation certaine, permettait « d'entrer dans les familles ».

En hygiène industrielle, on se préoccupait de la fatigue, des maladies professionnelles, de la prévention des accidents, de l'organisation scientifique du travail, de la salubrité des usines, du bien-être des ouvriers... les stages avaient lieu dans des usines employant déjà des infirmières : Molson, Northern Electric, Bell Telephone, Dominion Rubber ainsi que des compagnies de cigarettes. Les stages ne duraient que quelques jours en 1928 ; nous ignorons s'il en exista de

37. J.-A. BAUDOUIN, « Rapport de l'année 1936 de l'École d'hygiène sociale appliquée de l'Université de Montréal », *Revue trimestrielle canadienne*, XXIII, 90, 1937 : 215-216.

38. J.-A. BAUDOUIN, « L'École d'hygiène sociale appliquée », *Revue trimestrielle canadienne*, XVII, 65, 1931, p. 197.

39. *Id.*, p. 197.

40. BAUDOUIN, *op. cit.*, 1938, p. 201.

1929 à 1932 ; de 1933 à 1940, le nombre d'industries variait entre sept et dix chaque année. L'École eut moins de succès dans ce domaine que dans ses autres secteurs d'intervention. Le Service d'hygiène industrielle et de prolongation de la vie qu'elle tenta de mettre sur pied, s'il reçut les applaudissements du recteur et de la Faculté de médecine, se heurta à des portes closes dans les industries où il devait s'appliquer.[41]

Finalement, dans le cours de « soins des malades à domicile », les élèves participaient directement au Service de la compagnie d'assurance-vie Métropolitaine en appliquant les traitements prescrits par les médecins, « ce qui leur permet d'être en contact avec une grande variété de maladies et d'acquérir une grande expérience ».[42]

III. L'ÉCOLE D'HYGIÈNE, 1946-1969

L'enseignement de l'hygiène, durant la période 1946–1969, va prendre de l'ampleur et se diversifier considérablement. Des occupations qui ne sont reliées que de très loin aux soins seront intégrées aux services — les unités sanitaires et plus tard les districts auront par exemple besoin d'administrateurs compétents — amenant le développement de formations différentes au sein de l'École d'hygiène.

Cette diversification s'établira toutefois sur la base des acquis antérieurs. C'est le cours d'hygiène publique, destiné à former des médecins hygiénistes, et l'École d'infirmières hygiénistes qui constitueront les premiers départements de l'École d'hygiène, lors de son ouverture en 1946. Maintenant rassemblés sous un même toit, et distincts de l'enseignement proprement médical, ces programmes n'allaient cependant pas, malgré le vœu de l'École, devenir communs. Si l'École se proposait en effet d'octroyer, à long terme, un seul diplôme à tous les hygiénistes, dans le but d'en faire autre chose que des spécialistes individualistes, c'est le contraire qui se produisit. Les infirmières surtout allaient subir une marginalisation progressive par rapport aux autres hygiénistes.

A) *La formation des infirmières*

La formation que les infirmières recevaient dans les écoles hospitalières était en effet, aux dires de l'École, si peu développée que les étudiantes n'auraient pas pu suivre des cours communs avec les médecins. Cet état de fait a toutefois de quoi étonner : l'Université n'avait-elle pas intégré en son sein l'Institut Marguerite d'Youville, depuis 1935, et ce, justement pour assurer la formation des infirmières ? Les raisons du maintien d'une distinction entre médecins et infirmières

41. *Id.*, pp. 203-204.

42. Description reprise dans tous les rapports annuels.

semble relever plutôt de facteurs inhérents à la division du travail que d'une carence dans la formation de base. Les femmes, on le sait, sont généralement entrées sur le marché du travail par la petite porte, occupant des emplois subalternes et moins bien rémunérés, constituant par le fait même une main-d'œuvre de réserve que l'on utilise ou que l'on tente de renvoyer aux casseroles, au besoin.

La profession d'infirmière, créée par Florence Nightingale pour assister les médecins dans leur travail, se définissait d'emblée comme profession de soutien. Elle allait conserver, malgré son prestige, une place délimitée dans la hiérarchie. En effet, si les infirmières avaient acquis le titre de professionnelles en 1920 au Québec, et si les standards éducatifs de la profession allaient par la suite être rehaussés, un amendement en 1943 spécifiant que les infirmières étaient de « sexe féminin » était de nature à « remettre à sa place » la profession.

Les étudiantes n'étaient pas, de plus, favorisées sur le plan financier : elles ne recevaient aucune subvention particulière, alors que presque tous les étudiants de l'École d'hygiène pouvaient bénéficier de bourses gouvernementales, quand ce n'était pas de bourses de l'Organisation mondiale de la santé (O.M.S.), pour ce qui est des étudiants étrangers.

L'instruction, loin de n'être qu'une cause malencontreuse de discrimination, ne faisait que reproduire la distinction professionnelle initiale. Le cours d'infirmière hygiéniste dispensé par l'École d'hygiène était en effet

> « [...] tourné du côté du *nursing*, mais comportait un certain nombre de cours en commun avec les étudiants du cours général du D.E.P. et des cours plus appropriés à la formation des infirmières, portant cependant sur les matières fondamentales de santé publique. » [43]

La structure institutionnelle elle-même allait renforcer cette distinction. C'est à la Faculté de *nursing* (créée en 1962) que l'École d'infirmières hygiénistes fut intégrée, avant même que ne soit dissoute l'École d'hygiène.

La « féminisation » du *nursing* est remarquable à un autre niveau aussi. On jugeait, à l'ouverture de l'École d'hygiène, que les infirmières avaient un long chemin à faire avant d'atteindre le statut de professeur ; dans les années cinquante, tous les professeurs de l'École d'infirmières hygiénistes seront des femmes.

B) *La fondation de l'École d'hygiène*

C'est donc à partir des programmes de formation de médecins et d'infirmières hygiénistes qu'était créée l'École d'hygiène en 1946. Mais pourquoi créer une nouvelle école puisque ces programmes étaient dispensés à la Faculté de médecine ?

---

43. École d'hygiène, « Position et rôle actuel de l'École », *Mémoire présenté à la Commission d'enquête sur l'éducation dans la province de Québec*, Montréal, 1963, p. 33.

> « Jusqu'à 1945 les étudiants en hygiène publique, futurs officiers sanitaires, étaient obligés de parfaire leurs études en dehors de la province, et en anglais, car il n'y avait dans le Québec ni en France aucun équivalent de ce genre d'enseignement typiquement nord-américain. » [44]

La création de l'École avait donc pour but d'assurer cette formation au Québec, pour mettre à la disposition des unités et des districts sanitaires des professionnels en hygiène publique recrutés parmi les médecins, les dentistes, les vétérinaires, etc.

Pour mener à bien cette tâche, les promoteurs de l'hygiène ressentaient le besoin de créer une école autonome. L'enseignement de l'hygiène, quand il était laissé entre les mains de la Faculté de médecine, manquait selon eux de vigueur, les préoccupations centrales de la médecine étant plutôt d'ordre thérapeutique. L'hygiène publique, par contre,

> « [...] relève de la conception sociale ou communautaire de la santé : c'est la science de la promotion, de la prévention et de la restauration de la santé par l'action collective ou communautaire organisée. » [45]

Si cette conception s'inscrit dans la même ligne que celle de l'École d'hygiène sociale appliquée, elle est toutefois plus précise et profitera progressivement de moyens scientifiques plus étendus : la sociologie, l'administration publique, la « science de la nutrition » s'ajouteront à la bactériologie et à la salubrité.

L'École d'hygiène ne portait donc le nom d'école qu'à cause de la tradition des *Public Health Schools* américaines (elle était membre de l'American Public Health Association) ;[46] elle était en fait, aux yeux de l'Université, une faculté.[47]

Le fait qu'il existait des écoles autonomes de santé publique américaines est sans doute pour quelque chose dans l'obtention d'un statut autonome pour l'École. On se rappelle que les écoles de santé publique ont été créées dès le départ aux États-Unis comme des entités distinctes des écoles de médecine. Cette autonomie n'était d'ailleurs sans doute pas pour plaire à la Faculté de médecine qui voyait l'un de ses professeurs, le docteur Frappier, « se créer un empire » et ajouter au titre de directeur du Département de bactériologie de la Faculté de médecine, ceux de directeur de l'Institut de microbiologie et de doyen de l'École d'hygiène. La Faculté fut, il est intéressant de le noter, la seule composante de la Commission des études (les autres étant des représentants religieux des collèges classiques) à voter contre la création de l'École. Celle-ci avait recueilli des appuis extérieurs, notamment ceux de la Chambre de commerce et du Ministère de la santé du Québec.

---

44. *Id.*, p. 4.

45. *Id.*, p. 6.

46. L'École s'affilia à l'Association des Écoles d'hygiène de l'Amérique du Nord, qui était sous l'égide de l'A.P.H.A. ; elle fut accréditée par celle-ci en 1954. (*Id.*, p. 16.)

47. C'est en 1950 qu'elle le devint officiellement, lors de l'adoption de la nouvelle charte de l'Université de Montréal. Cette idée était cependant contenue dans le projet initial du docteur Frappier qui servit de document de base pour la fondation de l'École en 1945. (*Id.*, p. 1.)

L'existence et l'autonomie de l'École furent aussi maintenues grâce à l'Institut de microbiologie dont elle partageait les locaux. L'École se subventionnait aussi à même les fonds de l'Institut (qui défrayait, entre autres, les salaires des professeurs) et bénéficiait de subventions fédérales à la recherche, de l'absence d'impôt et de taxe sur la vente des vaccins BCG, ainsi que des faveurs de Duplessis. Une subvention annuelle de $20 000 pour vingt ans fut accordée à l'École dès sa fondation par le gouvernement provincial. C'était « la première fois en Amérique du Nord qu'un gouvernement contribuait directement au soutien d'une école d'hygiène sans l'aide des fondations américaines ».[48]

L'École n'eut cependant pas, en termes financiers, l'envergure des écoles américaines. Son budget fut inférieur à $100 000 jusqu'en 1960 où il atteignait $160 000. Il était de $212 000 en 1962-1963, ce qui équivalait à 36% de la moyenne des budgets des *Public Health Schools* américaines pour l'année précédente.

Comme dans le cas de l'École d'hygiène sociale appliquée, la direction de l'École d'hygiène reflétait ses sources de financement. En effet, le comité de direction était constitué du directeur de l'Institut de microbiologie, qui était aussi directeur des études pour l'École, du doyen de la Faculté de médecine, d'un professeur d'hygiène de cette faculté et de trois professeurs de l'École.

C) *Le programme et la clientèle*

Dès la première année, l'École d'hygiène intégrait l'École d'infirmières hygiénistes ; l'année suivante elle ouvrait le programme d'éducation sanitaire et, en 1955, celui d'éducation physique. Elle les réunira ensuite. En 1956, elle créait l'Institut supérieur d'administration hospitalière. Après plusieurs réaménagements, l'École se retrouvait avec quatre départements fondamentaux (Administration de la santé publique, Microbiologie, Épidémiologie, Hygiène des milieux) et trois départements « spéciaux » (l'Institut supérieur d'administration hospitalière, l'Éducation sanitaire, physique et la récréation, les Infirmières hygiénistes). S'y ajoutaient deux instituts de recherche intra-départementaux dont nous ne parlerons pas ici : l'Institut de recherche en hygiène et pollution de l'air et l'Institut de recherche en aptitude physique, créé après 1963.

Comme pour les écoles de la période précédente, l'enseignement s'étendait sur un an. Il comprenait l'étude des sujets indispensables à la compréhension des problèmes de santé publique. On y retrouvait encore des cours d'hygiène maternelle et infantile et d'hygiène mentale, ainsi que des cours sur les maladies infectieuses et la salubrité.

48. *Id.*, p. 3.

Les diplômes en hygiène publique (D.H.P.), en hygiène vétérinaire publique (D.H.V.P.) et en hygiène dentaire publique (D.H.D.P.) étaient accordés aux médecins; les agronomes, statisticiens, ingénieurs et autres, ayant comme prérequis un baccalauréat et une expérience pertinente en hygiène, postulaient pour le certificat en hygiène publique (C.H.P.). La maîtrise en administration hospitalière (M.A.H.) nécessitait un an de stage hospitalier en plus d'une année d'étude, les cours se situant à l'intersection « de l'aspect charitable des soins de santé et du caractère industriel de l'administration ».[49] La licence en hygiène (L.H.) et la maîtrise en éducation sanitaire (M.Ed.S.) apportaient une formation en hygiène générale et personnelle aux instituteurs de l'École normale, pour en faire des éducateurs sanitaires. Le baccalauréat en éducation physique et récréation (B.Ed.P.R.) couronnait la formation des professeurs d'éducation physique destinés à enseigner aux niveaux primaire et secondaire. Les inspecteurs sanitaires (I.S.) étaient formés pendant trois mois et subissaient l'examen de l'Association canadienne des inspecteurs sanitaires; ce cours fut plus tard déplacé vers les cégeps. Des cours de perfectionnement étaient offerts en hygiène industrielle, en médecine et en hygiène nucléaires, aux médecins, infirmières et ingénieurs travaillant dans l'industrie. Enfin, c'est l'obtention du diplôme d'infirmière hygiéniste (D.I.H.) qui couronnait la formation de celles-ci.

La population étudiante a été composée, jusque dans les années soixante, de médecins, d'infirmières, de vétérinaires, d'inspecteurs sanitaires, la majorité étant des fonctionnaires provinciaux ou municipaux, quelques autres provenant des Forces armées et d'organismes bénévoles. Au cours des dix premières années (1945–1955), le nombre annuel de diplômés était nettement inférieur à cent et même, inférieur à dix les deux premières années. La seconde décennie vit leur nombre augmenter; il dépassa la centaine dans les années soixante.

Si l'on compare la répartition de la dernière année avec celle de la période entière (tableau 1), on constate un certain nombre de tendances. Les infirmières hygiénistes disparaissent progressivement: on en forme moins de 10% en 1963 alors qu'elles constituaient près de la moitié des effectifs de l'École depuis sa fondation. Les inspecteurs sanitaires et les médecins hygiénistes (D.H.P.) sont aussi en perte de vitesse: ils passent chacun de 14% à 5% de la population. La licence (L.H.) se maintient au deuxième rang, tandis que l'administration hospitalière (M.A.H.) gagne de l'importance. Mais c'est finalement le baccalauréat en éducation physique et récréation (B.Ed.P.R.) qui recrute une proportion nouvelle d'étudiants: si les étudiants de cette discipline ne formaient que 6% de la population depuis 1955, ils en constituent 52% en 1962-1963.

La montée de l'éducation physique pourrait s'expliquer par le manque à combler dans ce domaine, mais il ne justifie pas, à lui seul, la baisse des effectifs

49. École d'hygiène, « Réalisations et programmes de l'École, de 1945 à 1962 », *Mémoire...*, *op. cit.*, p. 30.

TABLEAU 1

Diplômés de l'École d'hygiène, selon le diplôme obtenu, 1946–1963.

DIPLÔME OBTENU	1946–1963		ANNÉE 1962-1963	
	N	%	N	%
D.H.P., C.H.P.	151	13.8	17	5.7
M.Ed.S., M.A.H.	49	4.5	23	7.1
L.H.	183	16.7	60	20.1
B.Ed.P.R.	62	5.7	155	52.0
I.H.	502	45.8	28	9.3
I.S.	149	13.6	15	5.0
TOTAL	1 096	100	298	100

SOURCE : École d'hygiène, *Mémoire présenté à la Commission d'enquête sur l'éducation dans la province de Québec*, Montréal, 1963, pp. 38-39.

dans les secteurs les plus anciens d'une école en pleine expansion. Il s'agit donc d'une tendance plus profonde, d'une réorientation générale de la compréhension et de l'enseignement de l'hygiène publique.

D) *La réorientation et la réorganisation de l'enseignement*

Le mémoire préparé par l'École pour la Commission Parent en 1963 présente les grands traits de la réorientation. Les justifications qui y sont apportées sont de deux ordres : épidémiologique et administratif.

Voici d'abord les arguments épidémiologiques. On enregistre dès les années 60 une baisse des maladies transmissibles et une hausse des maladies chroniques et des accidents. Tout porte donc à croire qu'il faille étendre l'action de l'hygiène à la prévention de toute maladie à incidence sociale et à l'administration des soins médicaux plutôt que de la limiter à la médecine préventive classique et à la vaccination. Il faut dorénavant enseigner une

> « [...] conception de vie selon laquelle l'individu, s'il a le droit à la santé, doit assumer ses responsabilités pour exercer activement ce droit. De nos jours, l'individu, pour survivre, doit manifester la volonté de s'astreindre à des régimes de vie et à un emploi des loisirs qui font appel à sa responsabilité envers son propre corps et sa santé physique et mentale. » [50]

La notion de responsabilité, si elle n'est pas complètement nouvelle, prend ici un sens individualiste qui aurait été auparavant incompatible avec le mal social qu'étaient les maladies infectieuses et l'insalubrité. La venue de maladies à

50. *Id.*, p. 51.

l'apparence plus individuelle permettait dorénavant de jeter la pierre à la victime et de laisser la notion de responsabilité individuelle s'installer au centre des politiques de santé.

Toujours selon le *Mémoire*, s'il faut encore se préoccuper de la mortalité maternelle et infantile, qui demeure relativement plus élevée ici qu'ailleurs « à cause de la faible situation économique d'un grand nombre de nos familles »,[51] les efforts devront à partir de maintenant porter sur les maladies chroniques, les accidents, l'hygiène industrielle et le dépistage des maladies mentales, afin de ne pas « gagner la dernière guerre, mais les guerres futures ».[52]

Le deuxième volet de la réorganisation est administratif : il semble important de réviser la division des tâches et de créer un nouveau personnel auxiliaire car le rôle de l'officier médical hygiéniste est maintenant d'administrer la santé publique, de planifier l'organisation, d'évaluer les tâches du personnel et de poursuivre un programme d'éducation sanitaire. L'École formulait en conséquence une série de recommandations pour adapter son enseignement et son rôle aux changements d'orientation de la santé publique que l'on ressentait comme nécessaires.

Elle voyait d'abord la nécessité de valoriser l'enseignement de l'hygiène et le statut des professeurs en organisant l'enseignement de la médecine préventive et sociale dans les facultés de médecine. L'École constatait en effet que les aspects sociaux et administratifs de la médecine y étaient négligés et qu'il était nécessaire d'initier les médecins à la conception moderne et intégrale de la médecine, valorisant ainsi à leurs yeux la profession d'hygiéniste et favorisant le recrutement. C'est à ce moment que l'École envisagea la création d'un département de médecine sociale et préventive dans le but de promouvoir la solution hygiéniste : former l'esprit et le corps par l'éducation sanitaire et l'éducation physique. Cette réorientation est compatible avec celle que firent à la même époque les écoles de santé publique américaines. Les premiers départements de médecine préventive n'apparurent en effet, dans les années 60, dans les facultés de médecine américaines, qu'à la croisée des chemins, d'une part lorsque ces écoles, cantonnées à la salubrité publique et aux immunisations, devinrent désuètes, et lorsque les facultés de médecine se virent, d'autre part, dans l'obligation de faire de la recherche sur les services de santé.[53]

L'Université proposait, de plus, de substituer aux praticiens à temps partiel, bien au fait de leur science appliquée, des professeurs à temps plein servant de consultants aux organismes publics, nationaux ou internationaux. Cet objectif particulier s'insérait dans une volonté plus globale de voir l'École s'engager dans la formation de chercheurs et de spécialistes. L'engagement de professeurs à

51. *Id.*, p. 73.

52. *Id.*, p. 71.

53. FREYMANN, *op. cit.*

temps plein avait eu, par le passé, un effet certain sur l'institutionnalisation de la médecine elle-même : il figurait au nombre des critères proposés — et appliqués — par Flexner pour choisir les écoles de médecine ayant un caractère scientifique. L'École d'hygiène, pour sa part, reconnaissant les mérites des deux formules, proposait un compromis, un équilibre entre les deux solutions, maintenant ainsi un contact étroit entre l'enseignement et la pratique et cherchant à rehausser le statut scientifique de la formation d'hygiéniste.

Un autre objectif de la réorientation était de compenser l'hétérogénéité de la formation préalable des candidats aux divers diplômes, notamment celle des infirmières hygiénistes.

Enfin, le déménagement prévisible de l'Institut de microbiologie à Laval commandait une révision, une consolidation de l'organisation administrative de l'enseignement et des relations avec le reste de l'Université. Les problèmes de budget, d'espace et de matériel devaient être résolus pour que l'École puisse poursuivre ses activités. L'École avait, de plus, grand intérêt à rendre des services plus nombreux aux instances de la santé publique pour légitimer son existence autonome.

Dans le but de redéfinir son rôle, de se resituer au sein du champ scientifique, l'École participa à un comité conjoint — formé de ses représentants et de ceux des ministères de la santé, de la famille et du bien-être social — qui formula une nouvelle hypothèse de restructuration, touchant à la fois les ministères, dans le but de les fusionner dans un futur Ministère des affaires sociales, et l'enseignement offert par l'École, pour qu'il soit parfaitement adapté à la formation de cadres supérieurs et de chercheurs s'intégrant à la nouvelle structure du Ministère.

Ce comité fut mis sur pied en 1966 et déposa son rapport en 1970, travaillant à la même époque et dans la même optique que la Commission Castonguay. En 1969, l'École d'hygiène allait réorganiser ses départements et changer de nom, pour devenir l'École de santé publique.

IV. L'ÉCOLE DE SANTÉ PUBLIQUE, 1969-1975

Quels sont les problèmes caractéristiques de la période 1969-1975 ? Des chercheurs de la Commission Castonguay reconnaissaient, en 1967, que

> « [...] l'on peut s'attendre à un accroissement permanent de la demande de services médicaux. [...] On peut mettre des espoirs dans les nouvelles techniques d'organisation scientifique du travail en vue d'améliorer la productivité des services de santé. » [54]

54. RIVARD, *op. cit.*, pp. 81-82.

L'application de l'organisation scientifique du travail, en plus de centraliser l'action des ministères touchés, allait impliquer une réorganisation des services et des équipements de tout le secteur, qui allait favoriser leur rationalisation.[55]

> « Le système traditionnel, établi selon les besoins d'autrefois, a créé une division très nette entre les services dits de santé publique et le système hospitalier. [...] La notion d'hôpital s'estompe aujourd'hui au profit d'une notion beaucoup plus large ; celle de centre de diagnostic et de soins préventifs autant que curatifs, à la disposition de toute la population. »[56]

Le regroupement des ministères et des services appelait une réintégration du médical, du sanitaire et du social, dans une nouvelle conception de la santé : « Toute politique de santé doit s'inscrire à l'intérieur de la notion générale de l'épanouissement de l'humain ».[57] Bien qu'elle semble *a priori* très large, la notion d'épanouissement se définirait, en fait, par celle de travail :

> « [...] toute politique de sécurité sociale et de santé ne doit pas limiter de quelque façon que ce soit les *forces vives* de l'homme qui veulent s'exprimer dans un *rendement* au travail [...] afin d'y trouver ultérieurement les valeurs d'intégration humaine, personnelle et sociale. [...] L'individu dans le besoin (l'assisté) ne devrait l'être que de façon temporaire puisque tout sera orienté vers une politique d'un *retour au travail.* »[58]

À la veille d'instaurer l'assurance-maladie, les ministères s'engageaient de manière décisive, et l'École à leur suite, dans ce processus de prise en charge du « fossé entre les classes sociales » que le professeur St-Pierre déplorait voir s'élargir, déjà en 1922.

Cette nouvelle conception de la santé et du rôle de l'État, qui brisait le schisme médecine clinique/santé publique, n'allait cependant pas conduire à une formation commune, comme le souhaitait, depuis longtemps, l'École d'hygiène. Car si la formation d'administrateurs s'avérait essentielle à la rationalisation des services, la nécessité de rationaliser s'étendait jusqu'aux ministères eux-mêmes. À des catégories de cadres hiérarchisées correspondent des formations distinctes. Les cadres supérieurs ont un diplôme de deuxième cycle, les cadres intermédiaires (agents et professionnels), un baccalauréat et les exécutants (les techniciens comme les inspecteurs sanitaires) seront formés au cégep.

Le rapport recommandait donc le développement d'un certain nombre d'enseignements rencontrant les orientations sanitaires à prendre, d'une part, et respectant, d'autre part, la hiérarchie nécessaire à la rationalisation des services. La formation sanitaire est réaménagée, devenant ainsi cohérente avec la notion de responsabilité individuelle :

---

55. A. FRAPPIER, « La prévention de la maladie », communication à l'Association canadienne de santé publique, mai 1962, p. 10. (*Mémoire..., op. cit.*, annexe 18.)

56. RIVARD, *op. cit.*, p. 93.

57. Université de Montréal/Ministères de la santé, de la famille et du bien-être social, *Rapport du comité conjoint*, juillet 1970, p. 27.

58. *Id.*, pp. 27-29. (Je souligne.)

> « Des modifications dans les habitudes de vie nécessitent une compréhension du comportement humain et des conditions qui le gouvernent, puis des moyens d'utiliser ces connaissances pour modifier les pratiques d'hygiène. » [59]

La médecine du travail n'est pas reconnue comme spécialité au Canada, note le rapport ; l'hygiène industrielle n'est enseignée à l'École qu'à partir de 1966 et la prévention industrielle n'existe que dans les mines. Il faut donc développer l'hygiène du travail « qui aura une répercussion des plus favorables sur l'amélioration du rendement du travailleur et sur l'aspect économique de la production ».[60]

L'École se donne aussi pour mission d'assurer un leadership dans le domaine de la prévention des accidents, tant industriels que domestiques ou reliés à la circulation. Elle se propose finalement de développer un programme permanent de recyclage pour les fonctionnaires gouvernementaux. Car, aux dires du Gouvernement, si le système de promotions accélérées à la suite d'études de perfectionnement est nécessaire pour amorcer le renouvellement de l'administration,

> « [...] toutefois, à long terme, il ne sera plus un élément de motivation à la formation mais il fera le jeu des revendications salariales. Il en résultera que le Gouvernement accentuera le mouvement de gonflement de la masse monétaire salariale. » [61]

Ce modèle d'administration adopté par le Ministère est lui-même importé tout droit de l'entreprise privée : [62] obtenir le maximum de rendement en payant le minimum de salaire ! Le recyclage aura donc pour rôle de « former des êtres humains pour qu'ils soient prêts à des renouvellements continuels »,[63] l'adaptation continuelle étant perçue comme le moyen privilégié de « donner sa pleine mesure sur le plan de la compétence et de l'efficacité ».[64]

Ce projet, qui devait donner une nouvelle légitimité à l'École de santé publique, s'il fut partiellement appliqué, n'eut pas cet effet. En 1975, l'École, qui n'avait finalement changé que de nom, formait toujours des hygiénistes traditionnels et desservait une population étudiante constituée surtout d'étrangers envoyés par l'O.M.S. et provenant du Tiers-Monde francophone. Les besoins du Québec et les contraintes en termes de ressources eurent plus de poids, dans la balance ministérielle, que la renommée internationale de l'École. Il semble que seul le Ministère des affaires intergouvernementales se soit intéressé, à la fin des années 60, à un projet de l'École au Cameroun.

L'École en tant que telle s'éteignit donc en 1975 sans qu'il n'y paraisse vraiment ; les départements de médecine sociale et préventive, d'administration

59. *Id.*, p. 40.
60. *Id.*, p. 52.
61. *Id.*, document émanant du Ministère, annexe 2.
62. *Id.*, p. 15.
63. *Id.*, p. 34.
64. *Id.*, p. 36.

de la santé et d'hygiène des milieux qui la composaient continuant d'exister au sein de la Faculté de médecine.

*
* *

L'enseignement de la santé publique à l'Université de Montréal a suivi les mêmes voies que la santé publique américaine. Moins lucrative et moins prestigieuse que la médecine clinique, elle faisait office de médecine des pauvres ; son action était massive, visait essentiellement la classe ouvrière et était, contrairement à la médecine « privée » et curative, subventionnée par un tiers payant.

En effet, l'action centrale de la santé publique visa toujours la force de travail, et ce, dans le contexte d'un calcul de rentabilité, que ce soit à travers la prévention des maladies infectieuses chez les enfants ou la prévention individuelle des maladies chroniques ou des accidents. Calcul de rentabilité d'autant plus efficace, d'ailleurs, qu'il ne visa jamais directement le lieu immédiat de la production. Les difficultés de l'hygiène industrielle sont à cet égard éloquentes : le Service d'hygiène industrielle de l'École d'hygiène sociale appliquée ne vit jamais le jour ; on constatait, dans les années 60, que l'hygiène industrielle et la médecine du travail n'existaient toujours pas. Il faut attendre 1978 pour qu'un projet de politique globale en matière de santé et de sécurité au travail voie le jour, et cette politique est encore loin d'être adéquate, aux dires des centrales syndicales.

En plus d'adopter des voies semblables à celles empruntées par le mouvement international de santé publique, l'École d'hygiène y participa d'emblée ; sa francophonie et ses caractéristiques géographiques et sociales (le fait de posséder encore des territoires très peu industrialisés) lui permettaient d'assurer la formation des hygiénistes francophones du Tiers-Monde envoyés par l'O.M.S.

Pauvre elle-même, la santé publique eut à se battre pour survivre. Puisqu'elle relevait de subventions et non de paiements à l'acte effectués de main à main, elle était constamment à la merci d'un tiers payant, qu'il fut charitable, universitaire ou étatique. L'autonomie, que garantissait le partage harmonieux des tâches instauré par les fondations américaines entre personnel soignant et hygiénistes, représentait, dans ce contexte, une garantie minimale de survie.

L'autonomie ne pouvait cependant se justifier, et surtout se maintenir d'elle-même. Bien que distincte de la médecine, la santé publique se devait de prétendre au même degré de scientificité, qu'elle allait puiser aux mêmes sources.[65] Son histoire est alors indissociable du processus de reconnaissance qui se développait dans l'ensemble du champ scientifique.

65. La recherche de qualifications spécifiques et son corrolaire, la création de professions identifiables, sont à l'origine du phénomène mondial des écoles de santé publique. Voir : G.A. SILVER, « Community participation and health resource allocation », *International Journal of Health Services*, III, 2, 1973, pp. 117-118.

Au Québec, l'institutionnalisation des sciences se fit en trois périodes [66] qui correspondent bien aux étapes du développement de l'enseignement de l'hygiène à l'Université de Montréal. La première période, qui s'étend de façon large de 1920 à 1945, est caractérisée par la naissance d'un mouvement scientifique pour la reconnaissance des sciences (l'ACFAS) qui remet en question l'organisation des programmes scolaires et attaque la légitimité du clergé et des communautés religieuses qui contrôlent les institutions d'enseignement (et les hôpitaux). De plus, l'institutionnalisation de l'activité scientifique signifie, pour la petite bourgeoisie traditionnelle, sa « déqualification » et une remise en question de sa légitimité culturelle et politique. Dans ce contexte, les scientifiques se voyaient contraints d'éviter les attaques trop directes à ces fractions de la classe dominante, et ce jusqu'à la fin des années 50. Cette conjoncture politique vécue dans le champ scientifique était sans doute à l'origine du voisinage de la doctrine sociale de l'Église, de la psychiatrie et de la sociologie dans le programme de l'École d'hygiène sociale appliquée.

L'École fut bel et bien, dans cette période de précurseurs, une pionnière. Les efforts de son directeur et de ses élèves pour la maintenir ouverte ainsi que le bénévolat de celles-ci pendant leur formation ont pu donner un coup d'envoi à l'enseignement francophone de l'hygiène, déteignant ainsi sur l'ensemble du secteur de la santé publique.

La deuxième période débute à l'après-guerre (1945–1965). C'est celle de la science académique ; elle couvre presqu'entièrement l'existence de l'École d'hygiène (1945–1969). La science s'y académise par la création d'instituts de recherche, l'emploi de nouveaux professeurs. L'École grossit, les départements et les étudiants se multiplient. Le tournant vers la deuxième période est marqué par des velléités nationalistes, courant auquel l'École participe, par sa volonté de contribuer à maintenir à flot la population canadienne-française.

La troisième période est caractérisée par l'étatisation. L'École d'hygiène s'inscrivait pour sa part, au début de cette période, dans un processus d'étatisation, pourrions-nous dire, double : elle devait justifier son existence d'abord face aux réformes du secteur de l'éducation amorcées par la Commission Parent et ensuite face à la réorganisation de l'ensemble du secteur de la santé suscitée par la Commission Castonguay. Si elle survécut à la première en réorganisant ses départements et en changeant de nom, elle succomba à la seconde qui, par sa volonté de réunifier médecines curative et préventive — mais surtout, de rationaliser médecine privée et santé publique, dans un système entièrement public — sapait les bases de son autonomie.

La réunification engagée à la fin des années 60 est cependant loin de couler de source ; les difficultés d'application qu'elle rencontre, tant au niveau des

66. M. FOURNIER et L. MAHEU, « Nationalismes et nationalisation du champ scientifique québécois », *Sociologie et sociétés*, VII, 2, 1975 : 89–115.

établissements d'enseignement qu'à celui des services eux-mêmes, font qu'elle est fréquemment remise en question par les acteurs eux-mêmes.

Les controverses actuelles entourant notamment le rôle des C.L.S.C. — et celui des professionnels et des travailleurs y œuvrant — soulèvent la question de la survie et des finalités de l'action préventive en matière de santé. Le problème de la prévention reste entier : survivra-t-elle à l'intérieur d'un système unifié soumis à des contraintes budgétaires croissantes ? Pourra-t-elle être menée à bien dans un système où le travail se subdivise et se hiérarchise, et où les médecins exercent encore au sommet un pouvoir considérable ? Les professionnels et les travailleurs en prévention auront-ils une formation adéquate dans des institutions d'enseignement où domine encore la médecine curative ? Quel impact auront sur elle les conflits entre les différents types de professionnels dans le champ scientifique ?

Enfin, par delà les changements politiques et organisationnels, la réunification du curatif et du préventif est-elle possible et est-elle souhaitable ?

Dominique GAUCHER

Département de sociologie,
Université de Montréal.