

La pratique médicale au Québec : mythes et réalités

Luciano Bozzini and André-Pierre Contandriopoulos

Volume 9, Number 1, avril 1977

La gestion de la santé

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/001488ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/001488ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Les Presses de l'Université de Montréal

ISSN

0038-030X (print)

1492-1375 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

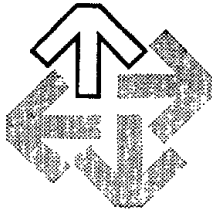
Bozzini, L. & Contandriopoulos, A.-P. (1977). La pratique médicale au Québec : mythes et réalités. *Sociologie et sociétés*, 9(1), 33–54.
<https://doi.org/10.7202/001488ar>

Article abstract

Summary

The behaviour of the medical profession in Quebec provides a typical example of Eliot Freidson's hypothesis concerning occidental societies, in which the medical profession tends to succumb to two forms of deviance: the extension of its power outside of the field of so-called medical expertise and the bankruptcy of its promise of service to the community. The social consequences of this state of affairs and their social determinations are discussed with the help of both statistics and of what is known about the practice of medicine in Quebec. The medical creed of community service cannot realize its full potential in a mercantile society where to its social structures and ideology are inherently opposed.

La pratique médicale au Québec: mythes et réalités*



LUCIANO BOZZINI ET ANDRÉ-PIERRE CONTANDRIOPOULOS

Les médecins, au Québec comme ailleurs, font depuis quelques années la manchette des journaux et la fortune des libraires. Pour les uns, le corps médical est assimilé à une mafia consciemment avide de pouvoir et d'argent; pour les autres, le corps médical constitue un des derniers groupes que la décadence et le mercantilisme de la société occidentale a à peine effleuré¹. Bien sûr, disent ces derniers, les médecins occupent, dans les sociétés occidentales, un statut privilégié, mais cela est secondaire par rapport à leur action réelle, toute tendue vers la science et le bien des hommes.

Assurément, l'analyste du secteur de la santé ne peut se satisfaire de ces deux images simplifiées de la réalité. Un des objectifs classiques de l'analyse sociale est la séparation rigoureuse du mythe et de la réalité, de l'idéologie et des faits. C'est dans cette optique que seront examinés dans cet article quelques aspects de la pratique médicale actuelle au Québec.

Plus précisément, on confrontera un certain nombre de données empiriques sur le comportement des médecins québécois, à la thèse du sociologue Eliot Freidson² voulant que, dans les sociétés occidentales, la profession médicale ait tendance d'une part, à

*Nous tenons à remercier nos collègues Jacques Dofny, Louis Maheu et Marc Renaud pour leurs critiques et leurs suggestions, ainsi que Jean-Yves Rivard qui a été intimement lié à la cueillette des données discutées dans cet article. Il va de soi que les auteurs en assument l'entière responsabilité.

1. On ne citera pas ici les canons de l'anti-médecine: ils sont bien connus. Quant à ceux qui célèbrent la liturgie inverse, on pourra consulter, par exemple, les éditoriaux-maisons scandalisés de la presse médicale.

2. Eliot Freidson, *Profession of Medicine*, New York, Dodd Mead & Co., 1973.

étendre ses pouvoirs et privilèges au-delà du champ d'expertise médical proprement dit — et, d'autre part, à ne pas remplir les promesses explicites de son code d'éthique qui a toujours stipulé que les intérêts du patient et de la communauté passaient avant les siens propres. Promesse éthique qui est à la base de l'autonomie professionnelle que l'État lui accorde. On présentera ensuite un certain nombre d'hypothèses pour rendre compte des phénomènes décrits.

Avant d'entrer dans le vif du sujet, il apparaît opportun de préciser le sens et la portée de ce travail. Cet article n'a pas pour objectif de proposer une grille d'analyse sociologique formelle de tous les comportements de la profession médicale. Il vise plutôt à examiner la pertinence d'un certain nombre d'hypothèses sociologiques à partir de données brutes qui, comme telles, ne sont pas significatives. On doit le considérer comme une contribution à une plus ample compréhension des phénomènes dont il sera ci-après question.

Ajoutons que la problématique d'analyse utilisée ici s'applique, de façon plus générale, à celles qu'on pourrait appeler les « professions libérales de service ». La profession médicale est vue ici comme le prototype d'une certaine catégorie d'occupations.

L'ÉMERGENCE ET LA CONSOLIDATION HISTORIQUE DU MONOPOLE PROFESSIONNEL

Depuis Hippocrate, la médecine a eu une tendance marquée à postuler l'ignorance et l'irrationalité du patient. Ce postulat a impliqué, dès les débuts, une posture clinique dont on ne discutera pas ici le bien-fondé et les effets positifs ou négatifs. Une autre conséquence de ce postulat a été une recherche systématique du monopole et du contrôle professionnel sur l'activité médicale: puisque le patient ne peut juger de choses aussi ésotériques que la science et l'art médicaux, il revient à une corporation experte et compétente de décider comment se pratiqueront les arts thérapeutiques. Ce postulat a du reste été repris par la science économique moderne: pour celle-ci, en effet, le bien « soins de santé » et le fonctionnement de l'industrie de la santé échappent à la théorie économique classique; on dit que l'industrie de la santé est caractérisée par l'absence d'un consommateur souverain. Ce qui veut dire: le consommateur n'est en mesure d'évaluer, ni le type et la quantité de traitements dont il a besoin, ni les substitutions possibles entre divers fournisseurs de soins, problèmes d'autant plus aigus que la maladie revêt souvent un caractère urgent et dramatique. Ceci d'une part empêche toute analyse coûts-bénéfices rationnelle, préalable à la « consommation » des « biens de santé »; et, d'autre part, rend le patient psychologiquement dépendant du professionnel de la santé. Le consommateur se voit donc contraint de déléguer à la profession médicale le pouvoir de déterminer le type et la quantité de biens qu'il doit consommer. Pas de jeux d'équilibre entre l'offre et la demande ici: l'offre, dans une large mesure, détermine la demande³.

Ainsi, l'histoire sociale de la médecine est parsemée de tentatives de différents groupes ou corporations « thérapeutiques » de s'assurer le monopole d'activité dans le secteur de la santé, par des efforts de persuasion du public ou des pouvoirs politiques et judiciaires, mouvement qui s'est accéléré à partir de la fin du XIX^e siècle.

3. Reconnaître le rôle dominant du médecin ne signifie pas que le consommateur est totalement impuissant; il a deux décisions à prendre: en premier lieu décider de rechercher les conseils d'un médecin, et ensuite, après la consultation, lorsque cette demande de soin est concrétisée en une ordonnance de services spécifiques, d'accepter de se conformer aux recommandations du médecin. Pour une analyse de l'influence réelle et potentielle du patient, voir: F. L. Golladay, « Patient Participation and Productivity in the Medical Care Sector », in *Health Manpower and Productivity*, Ed. by J. Rafferty, Lexington Books, 1974, p. 85-105.

Ce n'est qu'à une époque récente cependant, que la profession médicale a réussi à obtenir un monopole quasi total sur les diverses activités thérapeutiques. Eliot Freidson a bien synthétisé cette émergence historique du monopole professionnel et on se contentera ici d'en tracer les grandes lignes⁴. Les médecins avaient, dès le Moyen Âge, le monopole du titre; ils avaient leurs facultés, leurs diplômes. Ce qu'ils n'avaient pas, cependant, c'était le patronage exclusif, ni de la part du pouvoir politique et des élites, ni de la part du public⁵. Ce patronage exclusif, ils l'obtiendront au cours des XIX^e et XX^e siècles. Peu à peu, les professionnels orthodoxes (allopathes) feront le vide autour d'eux et s'imposeront comme les seuls interlocuteurs valables auprès de l'État et du public. Une interprétation courante veut que la consolidation du monopole professionnel a été le résultat du développement des sciences qui a abouti, dès le XVIII^e siècle, aux premiers progrès dans les sciences physiques, chimiques et biologiques. D'autres soutiennent que les allopathes ont fait le vide autour d'eux, autant grâce au lobbying social et politique visant l'établissement d'un monopole social et économique, qu'avec les armes de la science. Malgré l'intérêt scientifique de cette question, on n'y insistera pas ici, car elle n'est pas déterminante pour notre propos⁶.

Plutôt, il convient de souligner avec force les fondements à partir desquels la profession médicale a obtenu le monopole sur un éventail d'activités thérapeutiques. Ces fondements sont au nombre de deux. D'une part, la profession a réussi à convaincre l'État et le public de son expertise scientifique, en fait de sa possession de la *meilleure expertise* quant aux problèmes de santé et de maladie. En deuxième lieu, la profession a réclamé et obtenu le monopole professionnel sur la base de ses *prétentions de vertu*: faites-moi confiance, donnez-moi les coudées franches, et je garantis en échange le respect, la priorité même des intérêts du client et de la communauté sur les miens — tel a été et est encore le contenu du lobbying professionnel, ou de ce qu'on appelle « l'éthique ou l'idéal de service ».

PROFESSIONNALISME: MYTHE ET RÉALITÉ

Par le contenu de son lobbying social et politique, la profession médicale suggère donc l'aune à laquelle elle accepte d'être jugée. Car le pouvoir professionnel n'est pas un pouvoir naturel, c'est un pouvoir socialement délégué, donc sujet à examen et, éventuellement, à rappel.

Revenons dans ce contexte à Eliot Freidson, qui est, à notre connaissance, le premier sociologue à avoir fait une analyse exhaustive de l'émergence sociale de la profession médicale et des comportements sociaux qu'entraîne son monopole professionnel. En particulier, se demande Freidson, la profession médicale est-elle aussi experte et vertueuse qu'elle le prétend? À cet égard, cet auteur suggère que, dans les sociétés occidentales au moins, la profession médicale tend à succomber à deux déviations: d'une part, *la profession étend indûment le champ social dans lequel elle prétend posséder une expertise unique ou supérieure ou un droit de juridiction*. D'autre part, l'histoire récente

4. Eliot Freidson, *op. cit.*, chap. 1

5. Voltaire a écrit quelque chose comme ceci: « Le meilleur médecin est celui qui vous amuse pendant que la nature effectue sa cure ».

6. La première version correspond à la thèse naïve qui voudrait que l'Histoire est directement sensible aux développements scientifiques et technologiques. Pour une version sociologique plus raffinée, voir, en particulier: E. Freidson, *op. cit.*, et Barbara Ehrenreich, Deirdre English: *Witches, Midwives and Nurses, a History of Women Healers*, Old Westburg, The Feminist Press, 1973.

démontre que la profession médicale a, partiellement en tout cas, failli à ses prétentions éthiques.

L'argument sur l'extension indue du champ d'expertise et de juridiction exige quelques explications. On peut distinguer dans l'ensemble du champ social constitué par les activités médicales deux dimensions: *le travail médical* proprement dit, et *les conditions sociales et économiques* dans lesquelles ce travail est fait. Le travail médical proprement dit peut, à son tour, être décomposé en quatre sous-dimensions: les assises théoriques des phénomènes de santé et de maladie, les techniques de traitement, la définition de la santé et de la maladie et les modes techniques et sociaux de traitement. Au terme de son analyse, Freidson affirme que la médecine a tendance à étendre sa prétention d'expertise à l'ensemble de ces quatre dimensions alors que les deux dernières échappent de toute évidence à une expertise unique de la profession. En effet, les profanes autant que les médecins, peuvent se prononcer sur la définition du normal et du pathologique et sur les modes d'application des traitements techniques qui acquièrent, du fait de leur application, une dimension sociale. En réalité cependant, la profession médicale a réussi à imposer toujours davantage les concepts professionnels du normal et du pathologique et des modes de traitement⁷.

Dans le cadre de cet article, on ne traitera pas de l'extension du champ d'expertise et de juridiction au niveau du travail médical proprement dit. On se limitera à cette extension au niveau des *conditions économiques et sociales* des activités médicales.

La profession médicale est donc soumise à la tentation d'étendre ses prétentions d'expertise ou de juridiction sur les conditions économiques et sociales de son activité: choix du lieu de pratique, définition du type de rémunération, choix du mode de pratique (solo, groupe, hôpital, « centres locaux de services communautaires » (CLSC) etc.), détermination du nombre de médecins, détermination du rôle des autres professionnels de la santé et pouvoir discrétionnaire sur l'utilisation de ceux-ci, etc. Cette prétention d'expertise ou d'un droit naturel de juridiction est en fait utilisée comme un levier, une justification idéologique, pour l'extension du pouvoir et des privilèges. Idéologie d'autant plus efficace que, traditionnellement, le contrôle plus ou moins entier des conditions économiques et sociales de travail a été habilement présenté comme partie intégrante des « libertés professionnelles » plus proprement « médicales » (liberté thérapeutique, libre choix du médecin et inversement, secret professionnel), l'ensemble de ces soi-disant « libertés professionnelles » étant indispensable à la pratique d'une médecine de qualité.

Dans un sens très particulier, la profession médicale n'est pas différente d'autres catégories de travailleurs. Tous les travailleurs veulent contrôler jusqu'à un certain point leurs conditions économiques et sociales de travail. La profession médicale prétend cependant beaucoup plus: elle n'est pas un vulgaire syndicat professionnel, elle tend à prétendre que ce contrôle s'exerce dans l'intérêt du patient et de la société. La boucle est bouclée: prétention d'une meilleure expertise ou d'une juridiction prioritaire dans les modes d'organisation sociale du travail médical, assurance de service au client et à la communauté, liaison entre contrôle des conditions de travail et un service de qualité. Tous les éléments d'élargissement du pouvoir professionnel sont présents.

Dans la suite de cet article, on présentera d'abord une série de faits démontrant que la profession médicale au Québec tend effectivement à succomber aux deux déviations dont

7. Cette présentation d'une partie de l'argumentation de Freidson est, par la force des choses, extrêmement simplifiée.

on a parlé et on montrera quelques conséquences sociales de cet état de fait. Dans un deuxième temps, on examinera un certain nombre d'hypothèses rendant compte de ces déviations.

Les deux déviations ne sont pas indépendantes l'une de l'autre. En particulier, on verra que l'extension induite du champ d'expertise et de juridiction sur les conditions économiques et sociales de travail entre, dans les faits, en flagrante contradiction avec l'idéal de service. C'est pour des commodités d'exposition qu'on les traitera séparément.

LES DÉVIATIONS

1. L'EXTENSION INDUE DU CHAMP D'EXPERTISE ET DE JURIDICTION

On examinera ici l'étendue et les conséquences du pouvoir de la profession médicale sous deux rubriques: les « libertés professionnelles » et la médecine à l'acte.

Le chantage des libertés professionnelles

Le maintien des libertés professionnelles a toujours été au centre des combats menés par les associations de médecins. Dans l'entente signée en octobre 1976, entre le Ministère des Affaires Sociales du Québec et la Fédération des Médecins Omnipraticiens du Québec, ce principe est réaffirmé: « 7.02, le respect des libertés professionnelles reconnues, est assuré au médecin, notamment, la liberté thérapeutique, le libre choix du lieu d'exercice, le caractère personnel et le droit privé de l'entente directe entre le patient et le médecin ainsi que la sauvegarde du secret professionnel ». À cette liste, il convient d'ajouter la liberté de choix de la spécialité et la liberté d'organisation de la pratique (répartition du temps entre cabinet privé et hôpital⁸, emploi de personnel auxiliaire, etc.).

On ne s'étendra pas ici sur l'aspect mythologique, quelque peu irréel, de certains éléments des libertés professionnelles héritées de la tradition de la médecine libérale. Comme l'a montré Guy Caro⁹, ces libertés sont toutes relatives. Peut-on parler encore de liberté de prescrire lorsqu'on sait jusqu'à quel point le médecin est conditionné par la publicité pharmaceutique ou, dans le cadre de la médecine de clientèle, par les pressions du « client »¹⁰? Peut-on parler de libre choix du médecin par le patient dans les zones rurales, les fins de semaine, ou bien la nuit?

Plutôt, on peut se demander pourquoi le médecin devrait être à ce point libre de choisir le lieu d'exercice, sa spécialité, le mode de pratique. Rien, à priori, ne permet de penser que ces questions relèvent d'une expertise singulière que le médecin posséderait, ou d'un droit naturel inaliénable. Voyons d'abord les conséquences de l'exercice de ces libertés.

La liberté du choix du lieu de pratique a eu traditionnellement comme effet de conduire à une distribution inégale des médecins. On voit au Tableau I l'évolution de la répartition géographique, par régions administratives, de l'ensemble des médecins québécois.

8. Ce point est explicitement prévu dans l'entente entre la Fédération des Médecins-spécialistes et le Ministère des Affaires Sociales. « 6.3 Le médecin spécialiste peut exploiter un cabinet privé au lieu de son choix... ». « 6.4 Le médecin spécialiste peut exercer sa profession en tout centre hospitalier aux conditions et selon les modalités prévues par la loi sur les services de santé et les services sociaux ».

9. Guy Caro, *La Médecine en question*, Paris, François Maspéro, 1974.

10. J. C. Dupuy, S. Karsenty, *L'Invasion pharmaceutique*, Paris, Éditions du Seuil, 1974.

TABLEAU I
Évolution des rapports population-médecin
par région socio-sanitaire

	1961		1972		1975	
	M.D.*	POP/M.D.	M.D.**	POP/M.D.	M.D.**	POP/M.D.
01 Gaspésie	143	1721	161	1453	200	1132
02 Lac St-Jean	201	1306	245	1133	282	988
03 Québec	971	885	1521	628	1838	523
04 Trois-Rivières	319	1277	406	1045	429	967
05 C. de l'Est	230	915	389	580	449	500
06 Montréal	3580	785	5693	613	6631	531
07 Outaouais	111	1899	166	1480	193	1344
08 Nord-ouest	94	1784	66	2250	97	1522
09 Côte-Nord	37	2214	56	1851	60	1754
10 N.-Québec	1	—	3	3921	5	2235
Ensemble du Québec	5687	925	8706	704	10184	604
Rapport région la plus favorisée sur la région la plus défavorisée (Nouveau-Québec exclu)		2.82		3.9		3.50

*Dussault, G. « Les médecins du Québec 1940-1970 ». Recherches sociographiques, XVI, 1, 1975, p. 72.

**Source: Corporation Professionnelle des Médecins du Québec.

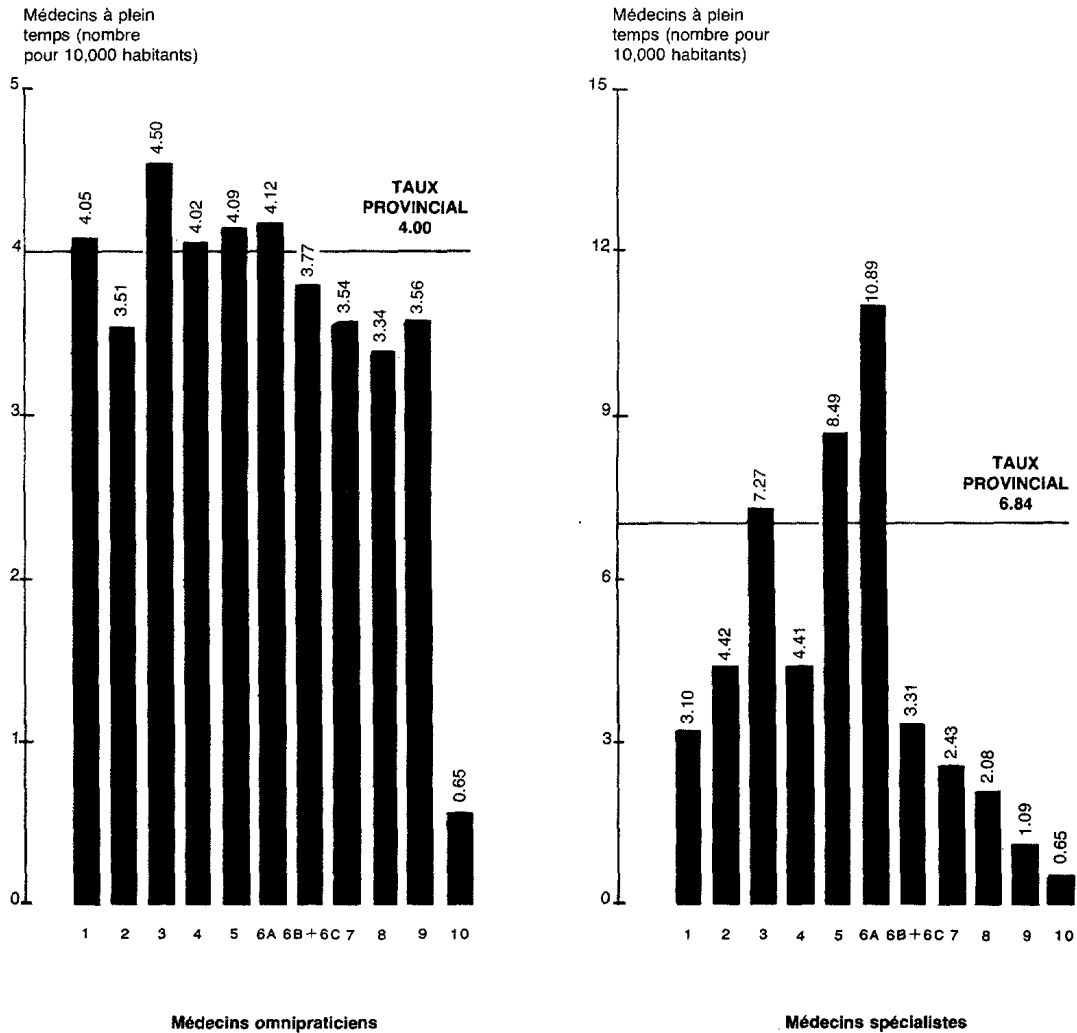
Certes, l'augmentation des effectifs médicaux a eu pour effet d'améliorer la situation dans toutes les régions, mais les disparités régionales restent considérables. On voit que si le rapport entre la région la plus favorisée et la plus défavorisée (Nouveau Québec exclu) était de 2.82 en 1961, il atteint 3.9 en 1972 et 3.50 en 1975. L'importance des disparités régionales quant à l'accessibilité aux soins ne peut toutefois être bien appréciée qu'en décomposant les effectifs médicaux par spécialités:

La répartition géographique des médecins-omnipraticiens est aujourd'hui globalement satisfaisante, si on considère les taux par région administrative. (Tableau II, toujours Nouveau-Québec exclu). Ces taux par région administrative masquent cependant des lacunes, si on considère des unités territoriales plus petites. Il a été estimé que pour permettre à toute la population québécoise d'accéder relativement facilement aux soins d'un médecin-omnipraticien, il faudrait que 77 médecins acceptent de pratiquer dans autant d'endroits désignés¹¹. Autrement dit, il y a quand même au Québec, 77 localités (ou groupes de localités) où il y a insuffisance de médecins.

Les médecins-spécialistes, eux, sont moins bien répartis. Certes, la nature et les besoins en soins spécialisés (liés à la structure hospitalière/desservant un plus grand bassin de population) font qu'il est normal, jusqu'à un certain degré, que les spécialités se concentrent dans les villes, ce qui explique en partie les écarts existants entre Québec, Sherbrooke, Montréal et le reste de la province (Tableau II).

11. N. Bergeron, A. Couture, « Désignation d'endroits jugés gravement déficitaires sur le plan de l'accessibilité physique aux services médicaux de 1^{ère} ligne », document de travail, mimeo, Ministère des Affaires Sociales du Québec, 1975.

TABLEAU II
Répartition géographique des médecins
à plein temps pour 10,000 habitants
selon les régions administratives du Québec*



* 01 Gaspésie
02 Lac St-Jean
03 Québec
04 Trois-Rivières
05 Cantons de l'Est

06A Montréal
06B - 06C: Laurentides et Rive-Sud Montréal
07 Outaouais
08 Nord-Ouest
09 Côte-Nord
10 Nouveau-Québec

Source: « Statistiques régionales des Affaires Sociales ». Édition 1975-76, Service de la Statistique, Direction de la planification, Ministère des Affaires Sociales, Québec (p. 132).

Par contre, certaines anomalies n'apparaissent pas justifiées: une étude sur la répartition des médecins-spécialistes en 1974¹² montre que s'il y avait 5637 personnes par psychiatre dans la région 6A (Montréal-Métropolitain), il y en avait 46455 au Lac St.-Jean, 147700 dans le Nord-Ouest (et aucun psychiatre sur la Côte-Nord); on trouvait 9145 personnes par gynécologue-obstétricien à Montréal, 56607 en Gaspésie, 147700 dans le Nord-Ouest (et aucun gynécologue-obstétricien sur la Côte-Nord); il n'y avait aucun cardiologue dans le Nord-Ouest et sur la Côte-Nord, aucun pédiatre dans l'Outaouais; deux fois plus de chirurgiens généraux par personne à Montréal qu'en Gaspésie; et cette liste d'exemples n'est pas exhaustive.

Les conséquences de la liberté de choix de la spécialité sont illustrées par le Tableau III. On y voit que, laissée aux forces du marché et à la discrétion de la profession, la pratique générale a subi, de 1955 à 1971, une chute spectaculaire de 50.6% à 39% de l'ensemble des médecins. On voit au même tableau que, depuis 1972, la tendance à la spécialisation se renverse. Ce phénomène est attribuable à plusieurs facteurs: mise en place en novembre 1970 d'un tarif unique de remboursement pour médecins-omnipraticiens et spécialistes¹³; réalisation par les leaders de la profession et par les facultés de médecine de l'importance de la pratique générale dans le contexte d'une nouvelle médecine et valorisation correspondante; augmentation possible de la demande de soins

TABLEAU III
*Évolution de la proportion des médecins généralistes
et des médecins spécialistes au Québec*

Années	Médecins généralistes*		Médecins spécialistes*	
	effectifs**	%	effectifs**	%
1955 (1)	2043	50.6	1990	49.4
1960 (1)	2470	48.9	2583	51.1
1965 (1)	2708	44.9	3316	55.1
1968 (2)	2501	42.3	3411	57.7
1969 (2)	2629	42.1	3621	57.9
1970 (2)	2687	41.1	3846	58.9
1971 (2)	2719	39.0	4245	61.0
1972 (2)	2807	39.4	4314	60.6
1973 (3)	3347	41.1	4788	58.8
1974 (3)	—	—	—	—
1975 (3)	3997	42.7	5366	57.3
1976 (3)	4225	42.8	5645	57.2

*Les médecins en cours de formation, résidents et internes, ont été exclus.

**Le raccordement exact des effectifs de médecins entre les différentes sources est difficile à faire, c'est ce qui explique les différences que l'on observe entre 1965 et 1968 et entre 1972 et 1973. Ces différences n'affectent pas les proportions.

SOURCES: (1) « Rapport de la Commission d'enquête sur la Santé et le Bien-être Social », Vol. IV, tome IV, p. 16.— Gouvernement du Québec 1970.
(2) « Inventaire de la Main-d'œuvre sanitaire » Santé et Bien-être Social, Canada 1973 et 1974.
(3) Statistiques fournies par la Corporation Professionnelle des médecins du Québec.

12. J. Y. Rivard *et al.*, « Les effectifs médicaux au Québec, situation actuelle et projection 1974-1978 », *Bulletin de la Corporation professionnelle des médecins*, numéro spécial, vol. XV, n° 5, nov. 1975, p. 160.

13. À acte égal, tarif égal, alors qu'auparavant, pour un même acte, les médecins-omnipraticiens recevaient un honoraire inférieur.

généralistes après l'introduction de l'assurance-maladie. Le pourcentage de médecins-omnipraticiens passe de 39.0 en 1971 à 42.8% et devrait continuer à augmenter puisque actuellement environ 60% des finissants des facultés de médecine se dirigent vers la pratique générale¹⁴.

Par ailleurs, cette liberté de choix a pour effet que les rapports actuels population/spécialiste ne sont pas nécessairement reliés à la prévalence, au sein de la population, des affections qu'est appelée à traiter chacune des spécialités. Par exemple, on comptait en 1976 au Québec seulement 53% plus de médecins ayant un certificat en santé publique que de neurochirurgiens alors que selon les travaux du « National Committee on Physician Manpower »¹⁵ il en faudrait quatre fois plus. Il faudrait autant de médecins en santé publique qu'en otorhinolaryngologie (ORL) alors qu'au Québec, en 1976, il y avait 211 médecins ayant un certificat en ORL et seulement 86 médecins ayant un certificat en santé publique. Ou encore: il faudrait autant d'allergistes que de psychiatres et pourtant, au Québec, on compte seulement 36 allergistes pour 60 psychiatres. Bref, la répartition des médecins sur le territoire comme entre les différentes spécialités n'est pas tout à fait conforme à ce que la profession appelle « l'éthique de service ».

La profession médicale a également réussi à étendre son domaine de juridiction et ses droits de décision sur les différentes facettes de l'organisation de sa pratique. Ainsi que le stipule la dernière entente signée entre la Fédération des Médecins Omnipraticiens et le Ministère des Affaires sociales: « Le médecin a pleine autonomie sur la tenue et la marche de son cabinet privé. En ce milieu, l'organisation de sa pratique professionnelle relève de sa seule compétence¹⁶ » (Art. 707).

Rien à dire en principe à cela. Si ce n'est que, comme n'importe quel agent économique partageant les valeurs de notre société, les médecins utilisent ces droits souvent en fonction de leurs propres intérêts.

Quand ils travaillent en cabinet privé, ils doivent défrayer le coût du personnel, des équipements, des espaces qu'ils utilisent. Par contre, quand ils travaillent en milieu hospitalier, ils peuvent utiliser gratuitement les ressources hospitalières disponibles (personnel, services diagnostiques et thérapeutiques, radiologie, etc.). La possibilité de soigner des patients hospitalisés est liée au fait d'avoir un privilège (possibilité d'hospitaliser ses patients); dans un hôpital l'octroi de ces privilèges est, d'après la loi, lié uniquement aux qualifications, aux compétences et aux comportements des médecins, compte tenu de la vocation de l'hôpital. Ainsi, un privilège ne peut être refusé à un médecin pour des raisons budgétaires ou à cause d'un manque de lits, ce qui fait que des médecins peuvent cumuler des privilèges « médicaux » dans plusieurs hôpitaux à la fois¹⁷.

Ce type de liberté entraîne un certain nombre de conséquences négatives. En premier lieu, l'utilisation gratuite par les médecins des équipements hospitaliers a sans aucun doute contribué à favoriser la croissance considérable des services médicaux rendus dans

14. J. Y. Rivard *et al.*, *Les Effectifs médicaux au Québec: situation actuelle et prévision 1976-1980* (en préparation).

15. National Committee on Physician Manpower, « *Report of the Requirements Committee on Physician Manpower* », part. II, rapport préliminaire, Minister of National Health and Welfare, Ottawa, 1975.

16. *Entente relative à l'assurance-maladie et à l'assurance-hospitalisation* entre le Ministre des Affaires Sociales et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, automne 1976.

17. Loi sur les services de santé et les services sociaux du Québec. Articles 92a, 92b, et Règlements, paragraphe 5.3,13 et 5.3,14.

les cliniques externes plutôt que dans les cabinets privés des médecins¹⁸. En deuxième lieu, l'octroi de privilèges est directement lié à la croissance des coûts en ce sens que chaque médecin ayant des privilèges d'hospitalisation est un générateur potentiel de coûts. En troisième lieu, cette liberté influence probablement les décisions d'investissement des hôpitaux. On a montré aux États-Unis que l'achat de nouveaux équipements était relié au nombre de médecins exerçant dans l'hôpital et non à la demande de services ou aux profits de l'institution¹⁹.

Le médecin se sert donc de ses libertés de façon utilitariste, c'est-à-dire en fonction de ses propres intérêts. Cette hypothèse est également démontrée par une étude d'un des co-auteurs de cet article concernant l'utilisation que les médecins font de leur temps²⁰. L'allocation que les médecins font de leur temps, entre le secteur ambulatoire et le secteur hospitalier, est celle qui leur permet d'obtenir le revenu net maximum. Dans la même étude, il a été également démontré que même si actuellement les médecins emploient un peu plus de personnel auxiliaire qu'ils ont financièrement intérêt à le faire (ceci probablement à cause du fait que le médecin préfère ne pas faire certains travaux lui-même), il est très peu probable que la substitution des tâches entre les médecins et du personnel paramédical puisse se développer si les stimulants financiers ne sont pas modifiés. Ces résultats signifient que les coûts de la santé continueront à augmenter. En effet, dans le système québécois tel qu'il est organisé actuellement, il n'y a pas d'incitatifs au développement du secteur ambulatoire au détriment du secteur hospitalier plus coûteux, et à l'obtention de gains potentiels de productivité associés à l'emploi de personnel auxiliaire.

Voyons enfin les conséquences négatives de la liberté pour le patient de choisir son médecin et vice-versa, dès que cette liberté est totale comme c'est le cas au Québec dans le contexte d'une médecine libérale avec tiers-payant. On a rapporté que le libre choix des patients par le médecin pouvait conduire à des abus assez graves, par exemple en psychiatrie (rejet par le psychiatre de cas difficiles ou éloignés de la culture du psychiatre). L'inverse a également des inconvénients. L'entière liberté laissée aux patients actuellement fait que ceux-ci ont le choix du nombre de portes par lesquelles ils peuvent entrer dans le système: cabinets privés d'omnipraticiens, de spécialistes, cliniques externes, cliniques d'urgence, cliniques de médecine familiale, centres locaux de services communautaires (CLSC) et cliniques populaires. Cette liberté excessive rend impossible, particulièrement en milieu urbain et semi-urbain, une planification et assignation rationnelle des ressources et toute mise en place de programmes visant à offrir des services globaux et suivis à une population donnée²¹. Certes la profession n'est pas la seule source de cette anarchie²². Cependant, son insistance sur la totale liberté de choix et le battage publicitaire qu'elle fait autour de ce principe soi-disant inaliénable ne contribuent pas peu à envenimer le problème.

18. Le nombre de visites par personne par année aux cliniques externes est passé de 0.37 en 1970 à 0.56 en 1973, soit un accroissement de 51%. M. Levasseur, J. L. Girard, « *Utilisation des cliniques externes: Projet CLINEX* », Rapport N° 2, Ministère des Affaires Sociales, Québec.

19. M. V. Pauly, « Hospital Capital Investment: The Roles of Demand, Profits and Physicians », *The Journal of Human Resources*, vol. IX, n° 1, 1974, p. 7-20.

20. A. P. Contandriopoulos, *Un modèle de comportement des médecins en tant que producteurs de services*, Thèse de Ph.D. (Économique), Université de Montréal, Montréal, 1976, 295 pages.

21. On sait que d'autres méthodes de rémunération des médecins (à capitation par exemple) permettent à la fois la possibilité d'un certain choix en évitant les inconvénients de la liberté totale. Voir: T. Boudreau, J. Y. Rivard, *Les Effets de la rémunération et de l'organisation de l'exercice de la médecine sur les objectifs du système de santé*, Rapport de recherche, mai 1975.

22. Voir, à ce sujet, les politiques incohérentes du gouvernement et de la bureaucratie québécoise telles qu'analysées par Marc Renaud dans ce numéro.

Liberté thérapeutique et médecine à l'acte avec tiers-payant

Les médecins jouissent d'une entière liberté thérapeutique (contrôle exclusif de la quantité et du type de services qui peuvent être fournis). De plus, ils sont payés à l'acte (à la pièce, dit-on dans l'industrie), de sorte que le revenu du médecin est lié au nombre et au type d'actes posés, que celui-ci en soit très conscient ou peu conscient. D'autre part, le système d'assurance permet au patient de ne rien déboursier lors de sa rencontre avec le médecin et lors de son séjour à l'hôpital. L'assurance-maladie paie directement au médecin le service fourni et l'assurance-hospitalisation prend en charge les frais d'hospitalisation. Le prix direct des services de santé est donc nul pour le consommateur²³. Entière liberté thérapeutique (jointe, on le verra plus loin, à un contrôle plutôt faible de la pratique), médecine à l'acte²⁴, gratuité des soins pour le consommateur et des équipements pour les médecins — toutes les conditions sont remplies pour que le système s'emballe.

La manifestation du pouvoir des médecins sur la quantité et l'éventail des services offerts est illustrée par le Tableau IV.

TABLEAU IV
*Évolution des rémunérations et des services fournis pour la
cohorte des médecins en exercice de 1971 à 1973 au Québec*

		1971	1973	% de variation 1971/1973
<i>Médecins généralistes</i>				
rémunérations versées	\$	87,707,288	92,385,053	5.33%
nombre d'actes posés		17,156,322	16,273,997	-5.14%
nombre de médecins		1850	1850	—
<i>Spécialités médicales</i>				
rémunérations versées	\$	57,741,122	62,679,456	8.55%
nombre d'actes posés		8,047,442	9,071,513	12.72%
nombre de médecins		1449	1449	—
<i>Spécialités chirurgicales</i>				
rémunérations versées	\$	90,691,793	92,806,338	2.33%
nombre d'actes posés		5,884,216	5,761,434	-2.09%
nombre de médecins		1321	1321	—

SOURCE: statistiques fournies par la RAMQ dans le cadre du projet « *Évolution du profil de pratique des médecins du Québec de 1971 à 1973* ». (J. Y. Rivard et A. P. Contandriopoulos, en préparation, Université de Montréal.)

Ce tableau illustre quelle a été l'évolution des rémunérations versées et des actes réclamés par la cohorte des médecins qui pratiquaient régulièrement la médecine en 1971 et en 1973. Durant toute cette période, les tarifs de remboursement de la Régie de l'Assurance-Maladie du Québec sont restés fixes et pourtant on constate que les revenus bruts des médecins ont augmenté et que la quantité des actes posés a varié. Les omnipraticiens étudiés ont vu leurs revenus augmenter de 5.33% alors que le nombre d'actes réclamés a diminué de 5.14%. Les médecins des spécialités médicales ont vu leurs rémunérations augmenter de 8.55% et le nombre des actes posés de 12.72%. Les

23. Il est bien évident qu'il y a des coûts indirects: manque à gagner, temps perdu, etc., qui sont loin d'être négligeables et qu'il reste certains coûts directs: médicaments, prothèses, déplacements, etc.

24. Sauf quelques exceptions: certains médecins payés à la vacation (psychiatres dans les institutions, par ex.), médecins à salaire dans les CLSC. En fait, 86% des médecins québécois pratiquent uniquement ou partiellement à l'acte.

médecins des spécialités chirurgicales ont vu leurs revenus augmenter de 2.33% et le nombre d'actes réclamés diminuer de 2.09%.

Pour les omnipraticiens et les médecins des spécialités chirurgicales, ceci n'a pu se réaliser que par des changements dans le profil de pratique. Changements qui ont résulté d'une part, d'un accroissement de l'importance des actes plus rémunérateurs posés au détriment d'actes moins rémunérateurs et, d'autre part, de modifications dans la façon de réclamer les services rendus à leurs patients (apprentissage « avantageux » de la structure tarifaire de la Régie). L'analyse de l'évolution observée chez les médecins des spécialités médicales permet de constater que l'accroissement du nombre d'actes est imputable à trois spécialités: la radiologie, l'anesthésie et la psychiatrie qui ont depuis l'introduction de l'assurance-maladie modifié leur type de pratique; les radiologues en développant des cliniques privées, les anesthésistes en se « spécialisant » entre autres, dans le traitement des varices et les psychiatres en ouvrant des cliniques et en employant des physiothérapeutes.

L'étude très détaillée des profils de pratique des médecins du Québec de 1971 à 1973 permet d'affirmer que globalement, les médecins ont modifié leur pratique et la façon de réclamer les services rendus de manière à utiliser les avantages financiers de la structure tarifaire en vigueur²⁵. On n'en donnera ici que deux exemples: le premier est l'explosion du nombre des veines variqueuses traitées par injection entre 1971 et 1973. Parmi les médecins qui ont pratiqué régulièrement de 1971 à 1973, les omnipraticiens ont fait 243,300 injections en 1971 et 810,972 en 1973, les anesthésistes 23,540 en 1971 et 333,800 en 1973. Les chirurgiens 2 fois plus en 1973 qu'en 1971 et même les gynécobstétriciens s'y sont mis: 2114 en 1971 et 23,351 en 1973. Cette évolution est d'autant plus étonnante que les études sur l'efficacité de ce mode d'intervention ne sont pas unanimes²⁶. Une autre intervention qui s'est considérablement répandue est le diagnostic des allergies par cuti-réaction. Au Québec, cet acte est, comparativement aux États-Unis, dix fois mieux payé. Le nombre des cuti-réactions faites par les médecins-omnipraticiens étudiés est passé de 22,000 à 191,000, de 49,000 à 116,600 pour les pédiatres, de 143,000 à 299,000 pour les internistes, etc.

On ne déduira pas de l'ensemble des données présentées ci-dessus que les médecins déterminent le contenu réel de leur pratique médicale de façon consciente et mesquine pour maximiser leur revenu. D'une part, une telle hypothèse extrême contredit le bon sens le plus élémentaire: on ne fait tout de même pas n'importe quoi avec un patient. De plus, la tendance à maximiser le revenu joue probablement très souvent de façon inconsciente comme bien des valeurs sociales intériorisées. D'autre part, il faut certainement voir dans ces données l'effet conjoint d'un certain nombre de facteurs poussant dans la même direction et qui se renforcent mutuellement. Pour reprendre l'exemple de l'obturation des veines variqueuses, leur accroissement spectaculaire est probablement fonction d'au moins trois facteurs: l'incitatif financier, la demande (bienvenue éventuellement) du patient sujet aux modes sociales et thérapeutiques (comme le médecin d'ailleurs) et l'ignorance ou la perception sélective du médecin quant à l'efficacité du traitement. Le médecin moyen n'est certainement ni voleur ni philanthrope: il est soumis, plus ou moins

25. Toutes les données présentées ici sont tirées de J. Y. Rivard et A. P. Contandriopoulos, « *Évolution du profil de pratique des médecins du Québec 1971-1973* ». En préparation, Université de Montréal, 1977.

26. J. T. Hobbs, « The Treatment of Varicose Veins — A Random Trial of Injection-Compression Therapy Versus Surgery », *Brit. J. Surg.*, vol. 55, oct. 68, p. 777-780. D. Piachand, et J. M. Weddell, « The Economics of Treating Varicose Veins », *Int. J. of Epid.*, vol. 1, 1972, p. 287-294.

consciemment, à un certain nombre de déterminismes sociaux tels ceux qu'on a mentionnés. Au minimum cependant, ce qu'on peut reprocher à la profession, c'est d'avoir insisté sur un mode de rémunération qui, lié au tiers-payant, la place dans un tel conflit d'intérêts.

Pour conclure cette section sur « l'abus des libertés »: l'expérience québécoise récente est un cas type de l'hypothèse de Freidson selon laquelle la profession médicale tend à étendre son domaine d'expertise et sa juridiction au-delà de la compétence médicale proprement dite. En effet, on ne voit pas très bien pourquoi le choix de la spécialité, le choix du lieu d'exercice, la détermination des modes de pratique ne relèvent pas autant du jugement de profanes que de la profession. Si au moins la profession faisait la démonstration que l'usage de ces libertés qu'elle a exigées et, il faut bien le dire, qu'on lui a accordées, était fait dans l'intérêt général. On a vu que les faits démontrent tout autre chose. La profession succombe à la tentation d'étendre démesurément son pouvoir en même temps qu'elle faillit déjà, par là-même, à l'éthique de service.

2. LE CONTRÔLE DE LA QUALITÉ DE LA PRATIQUE OU LE TEST DE « L'ÉTHIQUE DE SERVICE »

Si le test de la prétention d'expertise et de juridiction consiste en l'examen du degré auquel un champ d'activités relève en fait d'une expertise médicale ou d'une juridiction inaliénable, un test crucial de « l'éthique de service » est constitué par le degré auquel la profession contrôle la qualité du travail fait par ses membres en la rapportant aux intérêts du patient et de la communauté²⁷. La profession médicale au Québec répond-elle à cette exigence de ses « idéaux professionnels »? On examinera cette question en traitant successivement de la formation médicale et du contrôle de la qualité de l'activité médicale.

La formation en milieu hospitalier et en cours de carrière

Une fois les connaissances médicales de base acquises, l'étudiant reçoit une formation clinique pratique presque uniquement en milieu hospitalier. D'une part, cette formation correspond mal au travail qu'auront à faire les étudiants qui choisissent la pratique générale (55 à 60%). Pour deux raisons au moins: dans un tel cadre de formation, la santé est vue comme l'absence d'une pathologie spécifique; la dimension sociale et psychologique de la santé et de la maladie est généralement peu considérée. D'autre part, ce que l'étudiant observe, ce sont des patients qui souffrent de maladies aiguës; les maladies courantes du patient ordinaire qui visite le médecin de famille occupent peu de place dans la journée de l'apprenti-médecin.

Ce système contribue en outre à prolonger la valorisation d'une pratique axée sur le milieu hospitalier et la spécialisation par rapport à la pratique générale et à une pratique ambulatoire. De plus, dans la formation de ces étudiants, il y a peu de contacts, intégrés au curriculum, avec des non-médecins, enseignants ou étudiants. Cette situation a pour effet d'élever des cloisons étanches entre ces futurs médecins et le personnel soignant non-médecin, elle favorise une tendance marquée au professionnalisme et l'émergence d'attitudes condescendantes envers les autres travailleurs de la santé²⁸.

27. Eliot Freidson, *op. cit.*, chap. 16.

28. Charlotte Gale, « Walking in the Aide's Shoes », *The American Journal of Nursing*, vol. 73, n° 4, avril 1973, p. 628-631. J. Yves Rivard, « L'avenir de la médecine au Québec », Colloque interdisciplinaire sur la santé, Mont Orford (Québec), juin 1976. Alain Vinet, « Formation médicale et travail d'équipe », *La Vie médicale au Canada Français*, vol. 3, janvier 1974, p. 63-66.

Depuis quelques années, la situation relativement à l'écart entre les besoins de la population en soins généraux et la formation des médecins s'améliore quelque peu, dû à l'introduction de cours de sciences humaines et sociales dans l'enseignement médical traditionnel et à des initiatives pour former les médecins dans un contexte de pratique générale (programmes de médecine familiale, CLSC d'enseignement). Au dire des responsables de l'enseignement médical cependant, la situation ne s'améliore que trop lentement. Bref, la profession ne peut prétendre que la formation qu'elle a traditionnellement donnée correspondait aux besoins majeurs du public. C'est là pourtant un domaine qui relève en plein de son expertise et sur lequel elle avait juridiction²⁹.

De plus, malgré les conséquences vitales pour l'individu et la société qu'implique l'exercice de la médecine et malgré l'avancement rapide des connaissances dans les trente dernières années, il est notable que jusqu'à récemment la profession n'ait pas cru bon d'instituer des mécanismes réguliers et efficaces d'éducation permanente. Depuis quelques années cependant, il faut dire que la profession fait des efforts notables dans ce sens. Toutefois, conformément à la tradition professionnelle, les programmes d'éducation permanente ne sont pas obligatoires, sauf en cas extrême. L'efficacité et le degré d'universalité de ces programmes restent à évaluer³⁰.

Le contrôle de la qualité des actes médicaux

Le médecin et épidémiologue anglais Cochrane³¹ a défendu de façon convaincante la thèse que la profession médicale ne s'est pas assez préoccupée de l'évaluation de l'efficacité de son immense arsenal thérapeutique. Phénomène d'autant plus paradoxal si on considère le développement exponentiel à la fois de l'arsenal et de ses dangers. Le problème ici est celui d'une liaison entre la science, les facultés de médecine et la profession et on ne peut prétendre demander à chaque médecin et à chaque institution d'évaluer systématiquement l'efficacité de sa pratique.

Ce qu'on peut exiger, en revanche, et ce que la profession promet en échange de l'autonomie professionnelle, c'est un certain contrôle sur la qualité des actes médicaux dispensés, si on entend par là les standards d'excellence reconnus par la profession pour tel ou tel type d'intervention médicale³². Les performances de la profession à cet égard, au moins jusqu'à tout récemment, laissent à désirer.

Par le passé, la profession a été tenue par la loi responsable de la qualité de l'exercice de la médecine. Divers comités d'évaluation des actes médicaux devaient être institués dans les hôpitaux³³. Ces comités, ont toutefois été loin de fonctionner de façon satisfaisante³⁴. La législation récente a confirmé et étendu ces obligations quant au

29. Les raisons de cet état de faits sont diverses: contrôle de la profession par les spécialistes, prestige de la spécialisation, commodité pour l'enseignement, etc.

30. Rendons à César ce qui lui revient. La profession semble vouloir rattraper le temps perdu: ses programmes actuels d'éducation permanente, en particulier pour les médecins-omnipraticiens, la placent peut-être à l'avant-garde dans le monde!

31. A. L. Cochrane, *Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services*, London, Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1972.

32. Lorsqu'ils parlent de « qualité des soins », les spécialistes réfèrent soit à la qualité des résultats (efficacité) ou à la qualité du processus d'intervention. On ne s'attardera pas dans ce texte, bien que le problème soit intéressant, sur le peu d'empressement à contrôler le degré d'efficacité de la médecine.

33. Il s'agissait du « comités des tissus » auquel incombait d'évaluer la pertinence des excisions chirurgicales et du « comité d'appréciation des actes médicaux » auquel incombait le contrôle par échantillonnage des traitements médicaux.

34. Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, Gouvernement du Québec, vol. IV, tome I, p. 115-116, Québec, 1970.

contrôle de la qualité des soins en milieu hospitalier³⁵. Au dire des gens du milieu, cependant, le bon fonctionnement de ces comités varie énormément d'institution à institution³⁶. En dehors du milieu hospitalier, il n'existait, jusqu'à l'institution législative du Code des Professions du Québec, aucun mécanisme d'évaluation de la qualité des actes. C'est ce qui expliquerait la qualité variable de la médecine en cabinet privé que le public, à tort peut-être, prétend, mais que les médecins, eux, ne nient pas entièrement³⁷. Depuis l'avènement du Code des Professions du Québec, chaque profession est tenue à la vérification systématique de la compétence de ses membres, qu'ils pratiquent en institution ou dans un contexte privé. Il est encore trop tôt pour évaluer l'impact de ces mécanismes³⁸. Bref, jusqu'à aujourd'hui au moins, la profession médicale au Québec ne peut se targuer d'avoir, conformément à ses engagements vis-à-vis de la société, veillé de façon efficace au contrôle de la pratique de ses membres.

L'EXPLICATION DES DÉVIATIONS

On a vu que la profession médicale au Québec succombe effectivement aux deux déviations menaçant le « type-idéal » professionnel: la tendance à l'extension de sa domination en dehors de son champ d'expertise propre et la tendance à l'infidélité à ses engagements éthiques. Pourquoi en est-il ainsi? On examinera la question en traitant successivement, d'abord, de l'extension des libertés et de l'exigence de la médecine à l'acte, et, dans un deuxième temps, du contrôle réduit de la performance de ses membres.

1. L'EXTENSION DES LIBERTÉS ET LA MÉDECINE À « L'EMPORTE-PIASTRE »

Se demander pourquoi les médecins tendent à étendre leur champ de juridiction et pourquoi la médecine à l'acte porte aux conséquences que l'on a décrites, revient en fait à poser deux questions: quelles sont, d'une part, les raisons sociales qui font que les médecins demandent ces privilèges, et, d'autre part, les obtiennent.

La réponse à la première question est simple et on y a déjà fait allusion: d'une part, comme n'importe quel groupe de producteurs organisé, les médecins, dans une société où la réussite financière est valorisée, essaient de maximiser leurs intérêts. D'autre part, de façon plus générale, ils sont impliqués dans un enjeu pour la répartition du pouvoir sur les conditions sociales d'émergence et de développement de la profession dans la structure sociale environnante.

On a vu en effet que les médecins comme groupe profitent effectivement des opportunités financières que leur offre le cadre de pratique actuel: quantité et éventail des actes, utilisation gratuite des facilités hospitalières, renouveau de la pratique générale avec la venue du tarif unique, sous-utilisation de main-d'œuvre paramédicale, etc. Par

35. Me Louise Hébert-Aubé, « Les mécanismes de contrôle de l'activité médicale », *Le Médecin du Québec*, avril 1976, p. 76-81.

36. Un administrateur d'hôpital déclarait récemment à la télévision que ces comités ne peuvent fonctionner car on y participe à titre bénévole.

37. Freidson observe que le seul mécanisme de contrôle informel utilisé traditionnellement par les médecins entre eux a été le boycottage. Celui-ci, loin de constituer un mécanisme de contrôle, contribue en fait à créer des réseaux de médecins « non-communicants » de qualité différentielle.

38. La Régie de l'Assurance-Maladie du Québec peut, selon la loi de l'assurance-maladie, faire appel à des comités de révision des actes médicaux auxquels elle peut soumettre le cas de médecins dont le profil de pratique est très différent de celui de ses confrères. Les enquêtes portent essentiellement sur des suspicions de fraude, car selon l'article 19a de la Loi: « Rien dans la présente loi ni dans une entente n'autorise la Régie à refuser de payer le coût des services assurés pour le motif qu'elle met en doute la qualité d'un acte pour lequel il est demandé paiement. La Régie ne peut déterminer la fréquence d'un acte susceptible d'être payé ».

ailleurs, ils sont sensibles à leurs intérêts dans un sens plus large lorsqu'ils revendiquent, par exemple, le libre choix de la spécialité et du lieu de pratique³⁹. Si ces comportements sont parfaitement cohérents avec les valeurs et les stimulants d'une société marchande et avec des visées expansionnistes ou protectrices de pouvoir⁴⁰, ils entrent, on l'a vu, clairement en contradiction avec l'idéal professionnel de service au patient, et surtout, à la communauté.

On arrive ainsi à la deuxième question: puisque l'autonomie et le pouvoir professionnels ne correspondent pas entièrement aux intérêts de la communauté, pourquoi celle-ci est-elle contrainte de les accorder? Comment la profession arrive-t-elle à étendre sa juridiction au-delà du travail médical proprement dit? Bref, d'où tient-elle, à l'heure actuelle, son immense pouvoir?

Un premier facteur d'explication réside dans l'immense prestige dont jouit la profession médicale aux yeux du public, voire même aux yeux des autorités gouvernementales, prestige dont la source est double. En premier lieu, depuis la fin du XIX^e siècle, la médecine a fait bénéficier le public de ses triomphes sur la mort bactériologique, plus généralement des multiples progrès scientifiques et technologiques qui permettent d'éviter la mort, de prolonger la vie, d'atténuer la souffrance. À cause de ces victoires — que les spécialistes, contrairement au public, savent toutes relatives — la médecine jouit, depuis une cinquantaine d'années, auprès du public, d'une considérable autorité technique et morale. Même si cette autorité technique n'a jamais été absolue (des médecines parallèles reconnues ou non ont toujours existé), et si elle tend aujourd'hui à être de plus en plus remise en question, elle reste encore totalement dominante. Il en va de même de son autorité morale. Il est sociologiquement raisonnable de penser, comme Gilles Dussault⁴¹, que la syndicalisation des médecins fera baisser leur prestige moral, ceux-ci étant alors perçus comme un vulgaire groupe de pression économique. Mais, et on en vient ici à la deuxième source du prestige du médecin: celui-ci reste, dans toutes les sociétés, celui qui tient entre ses mains la souffrance et le bien-être, la vie et la mort. L'exercice des « professions de guérison⁴² » confère à ceux qui l'exercent une dose de prestige qui est probablement partiellement indépendante des modes d'exercice sociaux de ses professions. Marcus Welby et consorts renforcent ce prestige, Illich et consorts le minent: il est douteux qu'il disparaisse.

Ce prestige — cet immense charisme fondé sur le mythe collectif de la très grande efficacité de la médecine et sur l'expérience de dépendance individuelle de chaque patient — permet à la profession de s'appuyer implicitement ou explicitement sur l'opinion publique pour défendre ses positions ou, le cas échéant, étendre sa juridiction. L'explication de la résistance, partiellement réussie, de la profession médicale aux interventions des autorités gouvernementales dans les pays occidentaux (par exemple,

39. On notera ici qu'un libre choix relatif de la spécialité n'est pas nécessairement contradictoire avec une certaine planification. Abdiquer un peu de liberté (même si celle-ci est souvent, comme on l'a montré, plus mythique que réelle), c'est cependant ouvrir une brèche, et les médecins dans tous les pays ont toujours eu tendance à « sur-protéger » la forteresse.

40. Comme il est du reste cohérent avec ce que l'on sait, des effets de l'introduction de l'assurance-maladie au Canada. Dans toutes les provinces canadiennes, l'introduction de l'assurance-maladie a rehaussé le niveau de revenu des médecins. Voir: Robert G. Evans, « Beyond the Medical Marketplace », in Spyros Andreopoulos Ed., *National Health Insurance: Can We Learn from Canada*, New York, John Wiley & Sons, 1975.

41. Gilles Dussault, « Les médecins du Québec, 1940-1970 », *Recherches Sociographiques*, vol. XVI, n° 1, 1975, p. 69-84.

42. Des médecins aux prêtres, les « professions de guérison » occupent, dans la plupart des sociétés, une haute place dans la hiérarchie de prestige.

en Angleterre, en France, aux États-Unis, au Québec) nous apparaît relever plus particulièrement de cet élément constitutif de son pouvoir

Un deuxième constituant du pouvoir médical, proche du premier, réside dans l'utilisation de l'expertise technique comme levier pour étendre le pouvoir dans des sphères où cette expertise technique est beaucoup moins pertinente, sinon totalement non pertinente. Devant les intrusions des profanes — experts gouvernementaux, politiciens, administrateurs, public — la profession peut toujours essayer d'invoquer sa connaissance soi-disant supérieure de comment et à quelles conditions doit s'exercer la médecine. C'est le même mécanisme que la profession invoque dans les organisations de santé pour tenter (et souvent réussir apparemment) d'imposer ses priorités et ses façons de faire.

Les facteurs explicatifs invoqués ci-dessus varient peu ou pas⁴³ d'une société à l'autre: ils ne peuvent par conséquent rendre compte du pouvoir différentiel que les médecins détiennent dans différentes sociétés. Les médecins, il est bien connu, ne jouissent pas des mêmes pouvoirs aux États-Unis, en Grande-Bretagne et en Union Soviétique, pour s'en tenir à trois exemples. Sans entrer dans les détails, si l'autonomie « technique » (autonomie thérapeutique) de la profession est essentiellement la même dans les trois pays mentionnés, l'autonomie sociale (c'est-à-dire le pouvoir de déterminer les conditions économiques et sociales de la pratique) va en décroissant quand on passe des États-Unis à l'Union Soviétique.

On est ainsi renvoyé à une deuxième explication, complémentaire de la première. Le mode de fonctionnement de la profession est, selon une loi sociologique simple, largement tributaire de l'ensemble de l'organisation sociale, de ses valeurs et de ses modes d'appropriation et d'allocation des ressources. Conformément à cette explication, on suggérera ici l'hypothèse que la profession médicale, dans le contexte de la société québécoise, capitalise, d'une part, sur la force de l'idéologie de la libre entreprise et de son infrastructure sociale — et, d'autre part, sur sa position traditionnelle d'élite dans la hiérarchie du pouvoir. En effet, dans la société québécoise traditionnelle, la profession médicale a toujours occupé une place de choix parmi les élites dominantes⁴⁴. Il est probable qu'une partie de cet important pouvoir du passé subsiste encore dans la nouvelle société. Mais surtout, malgré l'intervention de plus en plus considérable de l'État et la pénétration d'idéologies et d'acteurs critiques des bienfaits de la libre entreprise, cette dernière idéologie et son infrastructure sociale constituent encore un élément décisif de la structure et de la dynamique sociale au Québec. Le fait que la profession médicale ait réussi à imposer à l'État un régime de médecine de type libéral avec tiers-payant tient, en partie, à la cohérence de ce type de médecine avec le régime libéral de production et avec l'appui que celui-ci conserve à la fois dans les milieux économiques et sociaux influents et auprès d'une grande partie du public.

Immense charisme, extension démagogique de l'expertise, cohérence de ses objectifs avec l'idéologie et la structure sociale dominantes, vestiges d'un pouvoir du passé — tels semblent être les quatre éléments constitutifs de l'immense pouvoir social dont

43. Une idée courante veut que le prestige des médecins dans les pays de l'Europe de l'Est soit beaucoup moins élevé que dans les pays occidentaux. Ceci est loin d'être vrai: les médecins occupent dans ces pays une haute place dans la hiérarchie de prestige. Leurs revenus également, relativement aux autres occupations professionnelles, sont élevés, à cause de la sécurité d'emploi et de l'absence de risques politiques. William Glaser, *Paying the Doctor*, Baltimore, Johns Hopkins Press, 1970.

44. Jean-Charles Falardeau, « Élités traditionnelles et élites nouvelles ». *Recherches sociographiques*, vol. VII, n° 1-2, 1966, p. 131-145.

dispose la profession médicale au Québec. Pouvoir qui — comme le démontre Marc Renaud dans ce numéro — lui permet de résister, avec un succès considérable, aux interventions massives de l'État et des « rationalisateurs bureaucratiques » dans le secteur de la santé.

2. L'ABSENCE DE CONTRÔLE DE LA QUANTITÉ ET DE LA QUALITÉ

On a vu que, jusqu'à tout récemment au moins, la profession médicale au Québec (comme ailleurs) n'a pas poussé très loin le contrôle de la qualité des actes médicaux, si on entend par là les standards d'excellence reconnus par la profession pour tel ou tel type d'intervention médicale. Pourquoi en est-il ainsi? Il faut d'abord constater que peu de recherches systématiques ont été faites sur cet aspect de la pratique médicale et ses déterminants. À part les travaux de Freidson, on ne dispose — à notre connaissance du moins — que de peu de matériel sur lequel appuyer une interprétation sociologique solide de ce phénomène. C'est pourquoi, on se contentera d'examiner ici, à titre exploratoire, deux types d'explication.

On peut, à un premier niveau d'explication, faire appel, comme l'administrateur d'hôpital cité précédemment, à une hypothèse utilitariste.

Dans certaines institutions apparemment, les comités de contrôle de la qualité des actes médicaux fonctionneraient plus ou moins, parce que la participation à ces comités est bénévole. À partir de cette constatation, on pourrait argumenter que le contrôle de la pratique en cabinet privé ne se fait pas parce que, d'une part, les praticiens perdraient un temps précieux, et, d'autre part, les corporations devraient dégager des ressources financières pour procéder à un contrôle systématique de la performance de leurs membres. Bref, dans une société utilitariste, les médecins se comporteraient de façon utilitariste.

Dans la même ligne d'explication, une deuxième hypothèse pourrait être ainsi formulée: dans une société où la libre entreprise est encore largement valorisée et présente, les médecins se comporteraient comme des entrepreneurs. Il leur reviendrait alors de droit de contrôler comme ils l'entendent la qualité de leur travail et de leur mode de pratique. Effectivement, dans la société nord-américaine, le médecin a traditionnellement eu tendance à se percevoir comme un entrepreneur privé dans un libre marché de distribution de biens et services⁴⁵. On a vu précédemment que les médecins québécois affichent un certain nombre de comportements qui les apparentent à des entrepreneurs. En somme, le degré de contrôle de la qualité de la médecine serait fonction de l'idéologie et de la structure sociale environnantes. Sans en nier totalement la pertinence, ce type d'explication apparaît cependant largement insuffisant.

En premier lieu, certains faits viennent contredire l'hypothèse que la profession et ses membres réagissent d'une façon étroitement utilitariste. D'une part, il semblerait que les comités d'appréciation des actes médicaux font — dans certaines institutions et bénévolement — du travail sérieux. D'autre part, la Corporation professionnelle des médecins du Québec avait déjà mis sur pied (avant l'introduction du Code des Professions et à même ses propres ressources financières), une équipe de permanents expressément chargée du contrôle, par échantillonnage et au moyen de visites impromptues, de la pratique médicale dans les hôpitaux du Québec. Il faut donc constater que les

45. Des études américaines montrent qu'une des raisons pour lesquelles les étudiants choisissent une carrière médicale tient au fait qu'ils perçoivent celle-ci comme une profession où on peut être indépendant, à son compte. Voir E. Freidson, *op. cit.*, chap. 8.

médecins ne répondent pas directement à une logique utilitariste. En deuxième lieu et surtout, si le type d'explication précédent était largement fondé, on devrait trouver des différences dans le degré d'auto-contrôle de la profession dans des sociétés différentes quant aux modes de rémunération et d'encadrement social des médecins. Or il n'en est rien. Ni en Grande-Bretagne où les médecins sont soit à capitation ou salariés, ni en Union Soviétique où tous les médecins sont des salariés au service de l'État, le contrôle de la qualité des actes médicaux n'apparaît plus poussé qu'au Québec.

Pour comprendre pleinement ce phénomène, il faut donc faire appel à un autre type d'explication. On proposera ici l'hypothèse que c'est à certains éléments de la culture professionnelle médicale qu'il faut remonter, en particulier à ce que Freidson appelle la « mentalité clinique ».

Les praticiens des arts médicaux diront spontanément qu'il est difficile de contrôler la qualité des actes médicaux, l'activité médicale n'étant pas une activité de routine. Elle nécessite des jugements complexes sur des cas individuels et comporte un certain degré d'incertitude, de prise de risques. Des observateurs classiques de l'activité médicale, tels que Carr-Saunders et Wilson, ont eu tendance à accepter ces explications des professionnels. Pour un auteur comme Freidson au contraire, il y a là de la part des médecins, une forte proportion de rationalisation. Beaucoup de travail médical est routinier, comme le démontrent par exemple le succès des poursuites de médecins devant les tribunaux et l'acceptation des manuels de médecine à titre de preuve judiciaire⁴⁶. De plus, l'incertitude liée au cas n'est pas toujours fondée objectivement en fonction des critères techniques de la profession, mais au contraire dépend d'une appréciation subjective du cas qui peut résulter, elle, du contexte de travail (par exemple, le fait que le médecin travaille isolément et ne puisse pas consulter un collègue). Quoi qu'il en soit, si le degré de routine et l'incertitude varient, il y a une invariante dans le travail médical, c'est la « mentalité clinique ». En quoi consiste-t-elle?

Trois dimensions caractérisent la mentalité clinique. En premier lieu, il s'agit d'un travail pratique, orienté vers l'action coûte que coûte; le médecin doit toujours agir, en dépit de l'incertitude, ne serait-ce que pour couvrir sa propre angoisse. Pour agir, il faut croire en l'efficacité de l'action, ce qui, les spécialistes le savent, peut entraîner une lecture biaisée des résultats: le médecin est naturellement porté à voir dans les résultats l'effet des traitements alors que, très souvent, la disparition des malaises est due à autre chose (évolution naturelle de la maladie, effet placebo⁴⁷). En deuxième lieu, pour la mentalité clinique, il n'y a que des *cas individuels* et un degré élevé d'incertitude. Ces caractéristiques de la mentalité clinique font que l'expérience clinique individuelle prime sur toute notion de régularité statistique dans les décisions de diagnostic, de traitement et dans l'appréciation des résultats. Le praticien médical est ainsi porté au subjectivisme, au pragmatisme (les résultats comptent plus que la théorie), à la possibilité même à la fois d'une surestimation de sa propre habileté et de l'acceptabilité d'opinions différentes. La *sensibilité du médecin à la critique extérieure* (même de ses collègues) constitue la troisième dimension de la mentalité clinique. La position psychologique du médecin est inconfortable: il oscille entre l'angoisse (fruit de l'incertitude) et le sentiment de supériorité et d'habileté que lui inculquent son éduca-

46. E. Freidson, *op. cit.*, chap. 8.

47. Ce qui est central ici, c'est la notion de placebo. Freidson souligne que le médecin fonctionne vis-à-vis de lui-même comme une sorte de « placebo-réacteur ». Comment les psychiatres pourraient-ils continuer à agir autrement, se demande Freidson, vu l'incertitude considérable quant à leur efficacité?

tion et sa pratique. D'une part, cette ambivalence le rend sensible à la critique, de sorte que si l'auto-critique est valorisée, l'inter-critique (entre collègues) est stigmatisée, surtout devant des profanes qui ne comprendraient pas que la clinique ne peut se faire entièrement sans erreurs. D'autre part, cette ambivalence le porte à renforcer son image-de-soi de supériorité, d'habileté, de compétence. Image-de-soi qui est congruente avec l'idéal professionnel qui valorise la compétence et la responsabilité individuelle: devenir un professionnel, c'est atteindre une compétence supérieure, c'est être capable et prêt à s'auto-évaluer. En fait, pour un professionnel qui se respecte, le contrôle externe, la supervision équivalent quasiment à une insulte⁴⁸.

On le voit, la « mentalité clinique » n'est pas très congruente avec l'idée d'un contrôle scientifique, statistique, collectif, de l'activité médicale. Jointe au mythe individuel et collectif de l'efficacité, elle expliquerait, au niveau des praticiens, l'absence ou la pénurie d'inter-critique, la faiblesse des contrôles informels. Au niveau de la profession dans son ensemble, elle expliquerait le peu d'empressement ou de succès qu'a eu la profession à instituer, jusqu'à aujourd'hui et surtout en cabinet privé (individuel ou de groupe), des contrôles formels, systématiques et réels de l'activité médicale.

Jusqu'à quel point le type-idéal de la « mentalité clinique » correspond à la réalité reste une question de recherche. Il semblerait s'agir, à tout événement, d'une hypothèse qui expliquerait en bonne partie l'absence d'un auto-contrôle étendu et efficace de la part de la profession.

CONCLUSION

On a vu dans cet article que les caractéristiques et les conséquences de la pratique médicale des récentes années au Québec constituent un cas-type de l'hypothèse de Freidson voulant que, dans les sociétés occidentales, la profession médicale ait tendance, d'une part, à étendre ses pouvoirs et privilèges au-delà du champ d'expertise médical proprement dit et, d'autre part, à ne pas remplir les promesses explicites de son code d'éthique qui a toujours stipulé que les intérêts du patient et de la communauté passaient avant les siens propres.

On a détaillé empiriquement cette constatation en montrant, premièrement, que la profession médicale au Québec a étendu ses pouvoirs et droits de juridiction dans un certain nombre de zones dont rien ne permet d'affirmer qu'elles relèvent plus d'une expertise médicale que d'une expertise profane (libre choix du lieu de pratique, libre choix de sa spécialité, libre choix du mode de pratique, etc.). Deuxièmement, en montrant que la profession n'a pas satisfait aux diktats de son code d'éthique en faisant passer ses intérêts propres avant ceux de la communauté et en n'allant pas au bout de ses promesses de contrôle de la performance de ses membres.

On a cherché à cerner les raisons de cet état de fait. C'est la défense et la poursuite d'intérêts égoïstes qui alimentent les tendances expansionnistes du déjà puissant empire médical. Impérialisme expansionniste qui réussit parce que la profession dispose d'un immense pouvoir social fondé sur son charisme, la manipulation démagogi-

48. Ce type-idéal de la « mentalité clinique » a été reconstitué par Freidson sur la base d'opinions de médecins sur leur activité et de recherches sur les facteurs conditionnant l'activité médicale. Dans le même contexte, et en se référant à l'étude classique de Becker *et al.* sur les modes d'éducation médicale, Freidson suggère que la nature et le contexte de l'activité médicale viennent renforcer une emphase exagérée sur la « mentalité clinique », caractéristique de la formation médicale. Rien de très étonnant à cela, puisque les praticiens sont professeurs. Voir E. Freidson, *op. cit.*, chap. 8.

que de l'expertise et la cohérence de ses objectifs de défense d'une médecine de type libéral avec la structure sociale et l'idéologie dominantes.

Si l'analyse devait en rester là, il faudrait conclure que les médecins comme groupe social ne sont qu'une bande de vilains, avides de pouvoir et d'argent. L'analyse sociologique ne saurait se satisfaire d'un jugement moral contraire aux principes de base de sa démarche.

On a en effet suggéré que les médecins, comme individus et comme groupe, ne sont probablement pas plus mesquins et égoïstes que les autres membres de la société. Comme eux, cependant, ils réagissent aux stimulants et aux valeurs sociales et n'échappent pas à un ensemble de déterminismes sociaux insérés dans une logique sociétale générale. Si les médecins cherchent à étendre leurs pouvoirs et privilèges, c'est qu'ils vivent dans une société que l'on a nommée marchande. Si la médecine à l'acte donne lieu à des abus, ceux-ci ne relèvent pas de l'analyse morale (sauf peut-être pour quelques cas extrêmes) mais sont en parfaite harmonie avec les valeurs sociales dominantes. Si l'auto-contrôle de la performance des membres est peu développé, c'est que la formation médicale et l'idéologie des cliniciens, jointes aux contraintes sociales de la pratique, imprègnent le cerveau du jeune médecin d'une « mentalité clinique » résistante au contrôle scientifique et collectif de l'activité médicale.

L'analyse des comportements de la profession médicale au Québec permet de saisir le fossé qui existe entre l'idéal élevé de service à la communauté qui a toujours été partie intégrante du credo médical et les conditions sociales d'une société mercantile dans laquelle — au-delà des volontés individuelles — cet idéal se décompose.

On s'en voudrait de terminer sans une note amicale à l'endroit de la profession et des médecins qui pourraient lire ce texte. Si celui-ci leur a semblé un réquisitoire sévère, c'est que, un peu comme on ne prête qu'aux riches, on exige plus du saint que du simple croyant. Nous tendons en fait à partager l'opinion d'Eliot Freidson selon qui, parmi l'ensemble des professions de service, la médecine est probablement celle qui est la plus sévère vis-à-vis d'elle-même. Mais la médecine est rivée à ce qui a toujours été son essence: le soulagement de la souffrance humaine. Ce rôle lui impose un fardeau et une dose d'altruisme auxquels elle ne peut échapper. La phrase de Virchow vient à l'esprit: « La médecine est une science sociale et la politique n'est rien d'autre que la médecine sur grande échelle ». Avec d'autres, et pour que l'idéal altruiste du credo médical puisse s'épanouir, les médecins sont invités moins à se réformer moralement qu'à changer une société dont ils sont bien placés pour savoir qu'elle rend malade.

RÉSUMÉ

Les comportements de la profession médicale au Québec constituent un cas-type de l'hypothèse d'Eliot Freidson selon laquelle, dans les sociétés occidentales, la profession médicale tend à succomber à deux déviations: l'extension de son pouvoir à l'extérieur du champ d'expertise médical proprement dit, et la faillite à ses promesses de service à la communauté. À l'aide de statistiques et de données sur la pratique médicale au Québec, les conséquences sociales de cet état de fait et ses déterminismes sociaux ont été discutés. Le credo médical de service à la communauté ne peut s'épanouir dans une société mercantile où structures sociales et idéologie lui sont contradictoires.

SUMMARY

The behaviour of the medical profession in Quebec provides a typical example of Eliot Freidson's hypothesis concerning occidental societies, in which the medical profession tends to succumb to two forms of deviance: the extension of its power outside of the field of so-called medical expertise and the bankruptcy of its promise

of service to the community. The social consequences of this state of affairs and their social determinations are discussed with the help of both statistics and of what is known about the practice of medicine in Quebec. The medical creed of community service cannot realize its full potential in a mercantile society where to it social structures and ideology are inherently opposed.

RESUMEN

Los comportamientos de la profesión medical de Québec constituyen un casotipo de la hipótesis de Eliot Freidson según la cual, dentro de las sociedades occidentales, la profesión medical tiende a sucumbir a dos desviaciones: la extensión de su poder al exterior del campo de la práctica medical propiamente dicha y al fracaso de sus promesas de servicio a la comunidad. A la ayuda de estadísticas y de datos sobre la práctica medical en Québec son discutidas las consecuencias sociales de esa situación y sus determinismos sociales. El credo medical de servicio a la comunidad no puede desenvolverse en una sociedad mercantil donde las estructuras sociales y la ideología le son contradictorias.