

NAYLOR, C. David, *Private Practice, Public Payment. Canadian Medicine and the Politics of Health Insurance, 1911-1966*. Kingston et Montréal, McGill-Queen's University Press, 1986. 324 p. 15,95 \$

Dominique Jean

Volume 41, Number 1, Summer 1987

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/304536ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/304536ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Institut d'histoire de l'Amérique française

ISSN

0035-2357 (print)

1492-1383 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this review

Jean, D. (1987). Review of [NAYLOR, C. David, *Private Practice, Public Payment. Canadian Medicine and the Politics of Health Insurance, 1911-1966*. Kingston et Montréal, McGill-Queen's University Press, 1986. 324 p. 15,95 \$]. *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 41(1), 98–101.
<https://doi.org/10.7202/304536ar>

NAYLOR, C. David, *Private Practice, Public Payment. Canadian Medicine and the Politics of Health Insurance, 1911-1966*. Kingston et Montréal, McGill-Queen's University Press, 1986. 324 p. 15,95\$

L'excellente étude de David Naylor sur l'assurance-maladie s'achève ironiquement là où plusieurs la font commencer: en 1966, quand le gouvernement

Pearson adopte la première loi fédérale canadienne concernant le paiement public des soins médicaux. L'histoire des politiques sociales qui n'ont pas été adoptées apporte autant que celle des programmes qui ont été implantés. Il fallait pour cela que l'auteur adopte un regard différent de celui dont on a l'habitude.

Depuis 1911, moment où le gouvernement britannique commence à financer les soins d'une partie de la population, les médecins canadiens n'ont cessé de se préoccuper d'une éventuelle intervention de l'État. L'État, lui, ne s'est intéressé que sporadiquement à la médecine. En cherchant à rendre compte de l'attitude des médecins en tant que groupe d'intérêts, vis-à-vis de l'assurance-maladie, l'auteur participe au renouvellement d'un genre. Ainsi, pendant que d'autres usent et abusent du paradigme des besoins croissants de la population ou de celui du contrôle social, des historiens de l'État-providence, à l'instar de Naylor, ont recours à des explications plus complexes et, partant, plus fouillées. Les groupes de pression y retrouvent une place importante, de même que le développement des politiques dans les différentes provinces et le rôle des diverses instances gouvernementales, à côté du jeu changeant des intérêts de classe.

L'investigation du médecin-historien David Naylor nous mène d'une province à l'autre, au rythme des innovations privées et publiques en matière d'assurance-maladie, un voyage difficile à organiser, vu la multiplicité des sources, mais essentiel à accomplir en raison de la configuration politique du pays. L'habileté avec laquelle les médecins ont pu jouer les provinces contre le fédéral constitue en effet le trait distinctif des lobbies médicaux canadiens par comparaison avec leurs pendants britanniques et américains. Par à-coups dispersés, la pratique médicale s'éloigne donc du système mis au point au 19^e siècle selon lequel les médecins ajustaient leurs frais aux moyens financiers de leurs clients et soignaient les plus pauvres aux frais des organisations charitables. Chaque étape constitue un sujet de conflit et de négociations entre associations professionnelles et l'État, à l'occasion duquel les associations acquièrent des membres et améliorent leur stratégie.

L'auteur nous transporte ainsi de la Colombie britannique de 1919, où un projet d'assurance-maladie soulève l'opposition des médecins qui lui sera fatale, dans l'Ouest des années 1920, où la profession craint la médecine salariée telle que revendiquée par les fermiers, puis, au pays entier durant la Dépression, lorsque l'impossibilité de payer de plusieurs de leurs clients amène les médecins à s'ouvrir davantage à une forme d'intervention publique. Cette ouverture culmine dans les années 1940, au moment où la Canadian Medical Association et les hauts fonctionnaires libéraux esquissent un schéma d'assurance-maladie pour les personnes les plus pauvres, qui échoue cependant à la conférence fédérale-provinciale sur la reconstruction, en 1946.

Les associations de médecins, la CMA en tête, se replieront à la fin des années 1940 sur une stratégie de promotion des programmes d'assurances privés instaurés par des compagnies d'assurances ou par des groupes de médecins, dont ils ne démordront pas. Cela n'empêche pas la Saskatchewan et la Colombie britannique d'adopter l'assurance-hospitalisation universelle en 1947 et

1949 respectivement. Les réticences des médecins obligent alors les gouvernants à des adoucissements. De la même façon, les médecins réalisent a posteriori leur intérêt dans le programme fédéral de subventions conditionnelles pour l'assurance-hospitalisation de 1957. Enfin, l'assurance-maladie proprement dite, c'est-à-dire celle qui couvre les soins prodigués en dehors des hôpitaux, est reçue par une grève des médecins en Saskatchewan où elle est implantée en 1962. En 1966, le fédéral élargit à son tour ses subventions à l'assurance-maladie. Commence alors une séquence de négociations entre gouvernements et associations professionnelles, dans chaque province, dont les termes font encore aujourd'hui l'objet de litiges.

Là où l'ouvrage de Naylor offre le plus d'audace, c'est dans l'utilisation fréquente d'explications nuancées d'ordre économique. Sous le vernis de l'idéologie de la relation sacrée entre patient et soignant, les intérêts matériels des praticiens motivent, par exemple, leur demande d'une assurance pour les clients pauvres au cours de la Crise. Cette évolution du «marché médical», comme l'auteur le désigne, provoque même la modification de leur code d'éthique en 1937.

Le second axe de leurs préoccupations, leur statut, tel que défini au 19^e siècle, fonde leur opposition à toute mesure qui les priverait de leur autonomie professionnelle, que ce soit la reconnaissance d'un statut équivalent à d'autres professions sanitaires, la détermination des frais médicaux par un autre parti, ou encore le regroupement des médecins sous un même employeur étatique. Protégée des pratiques commerciales de la libre concurrence, la «medical economics» ne répond donc pas en tout aux règles classiques du marché.

Enfin, les buts et les influences des médecins ne sauraient être compris sans qu'on y ajoute les recoupements ambigus entre les vœux de la profession et le bien du public. Naylor propose ici de dépasser les analyses qui se contentent de dénoncer l'utilitarisme de la rhétorique altruiste des médecins. La relative impunité dont les médecins jouissent au cours du 20^e siècle ne provient-elle pas en partie de la légitimité que leurs clients leur accordent?

L'auteur initie parallèlement ses lecteurs aux méthodes de pression des associations de médecins. On découvre une efficacité et une capacité de mobilisation remarquables, qui donnent à ces groupes un caractère idéal, nous dit Naylor, mais atypiques, au sens où leur contrôle des progrès scientifiques et le secteur même dans lequel ils oeuvrent leur confèrent un degré d'autonomie inégalable.

L'introduction avertit que le corps médical ne sera pas présenté comme groupe social. Un tel portrait exigerait une recherche différente et tout aussi ardue, mais combien éclairante. On se demande en effet, à travers ces pages, quelles sont les conséquences, sur la «politique médicale», de la féminisation de la profession, ou celles de la perte d'influence de la «petite bourgeoisie traditionnelle» dont les médecins constituent un pilier. Par ailleurs, les motivations gouvernementales sont approchées de façon moins pénétrante que celles des associations professionnelles. Les ouvrages sont rares qui peuvent mener les deux entreprises de front. Peut-être faut-il alors — malheureusement — limiter l'envergure chronologique et géographique de l'enquête, comme l'a fait Frédéric Lesemann en 1981 dans un ouvrage traitant du Québec des années 1960-1970.

A l'heure de la crise financière et idéologique de l'État-providence, de la privatisation des services et des discussions sur le frais-modérateur, David Naylor espère qu'un rapport intelligent des expériences passées aidera à comprendre les problèmes présents et à venir. Le rôle de l'historien, déplore-t-il, ne peut pourtant être que marginal, car les transformations démographiques et technologiques donneront aux débats une teneur nouvelle, en modifiant substantiellement l'offre et la demande de soins médicaux. Dans le champ plus modeste de l'historiographie des politiques de la santé, cependant, l'étude de Naylor occupe déjà une place centrale.

*Département d'histoire
Université de Montréal*

DOMINIQUE JEAN