

Recherches sociographiques



La division du travail en C.L.S.C.

Denise Couture

Volume 19, numéro 2, 1978

Professions

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/055792ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/055792ar>

[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 cette note

Couture, D. (1978). La division du travail en C.L.S.C. *Recherches sociographiques*, 19(2), 271–280. <https://doi.org/10.7202/055792ar>

Résumé de l'article

À partir d'entrevues faites en 1974 auprès de vingt et un omnipraticiens dans huit C.L.S.C. du Québec, on étudie la façon dont ces médecins conçoivent la répartition des tâches à accomplir dans cette organisation. On s'interroge sur la pertinence de cette division en trois secteurs (médical, social, action communautaire) que l'on retrouve dans la plupart des C.L.S.C. On note que le fait que le personnel des autres secteurs ait été, dans certains cas, engagé avant le médecin, rend souvent plus difficile son adaptation à ce nouveau milieu de travail. À l'intérieur du secteur médical même, deux principes, entre autres, semblent gouverner la répartition des tâches entre médecins: pouvoir établir sa «clientèle» en quelque sorte et acquérir le plus d'expérience clinique possible. Le salariat est relié à une haute fréquence d'échanges entre médecins alors que la rémunération à l'acte ne l'est pas. Les rapports médecin-infirmière sont aussi influencés par la variable mode de rémunération. Dans les C.L.S.C. où les médecins sont à salaire et à contrat, on assiste à une sorte d'éclatement du rôle de l'infirmière. Enfin, au cours de l'étude des échanges entre omnipraticiens de C.L.S.C. et spécialistes souvent rattachés aux hôpitaux, on s'interroge sur la capacité de cette organisation qu'est le C.L.S.C. à fournir au médecin omnipraticien une niche prestigieuse qui puisse rivaliser avec l'hôpital, à ses yeux.

LA DIVISION DU TRAVAIL EN C.L.S.C.*

À partir d'entrevues faites en 1974 auprès de vingt et un omnipraticiens dans huit C.L.S.C. du Québec, on étudie la façon dont ces médecins conçoivent la répartition des tâches à accomplir dans cette organisation. On s'interroge sur la pertinence de cette division en trois secteurs (médical, social, action communautaire) que l'on retrouve dans la plupart des C.L.S.C. On note que le fait que le personnel des autres secteurs ait été, dans certains cas, engagé avant le médecin, rend souvent plus difficile son adaptation à ce nouveau milieu de travail. À l'intérieur du secteur médical même, deux principes, entre autres, semblent gouverner la répartition des tâches entre médecins : pouvoir établir sa « clientèle » en quelque sorte et acquérir le plus d'expérience clinique possible. Le salariat est relié à une haute fréquence d'échanges entre médecins alors que la rémunération à l'acte ne l'est pas. Les rapports médecin-infirmière sont aussi influencés par la variable mode de rémunération. Dans les C.L.S.C. où les médecins sont à salaire et à contrat, on assiste à une sorte d'éclatement du rôle de l'infirmière. Enfin, au cours de l'étude des échanges entre omnipraticiens de C.L.S.C. et spécialistes souvent rattachés aux hôpitaux, on s'interroge sur la capacité de cette organisation qu'est le C.L.S.C. à fournir au médecin omnipraticien une niche prestigieuse qui puisse rivaliser avec l'hôpital, à ses yeux.

Les quelques résultats rapportés ci-dessous sont basés sur une série d'entrevues recueillies, en 1974, auprès de vingt et un médecins (hommes et femmes) pratiquant dans huit C.L.S.C. à travers le Québec. La recherche avait pour but d'analyser l'influence que pourrait exercer une nouvelle structure de travail sur la définition du rôle de professionnel, en l'occurrence le rôle du

* Cette recherche a bénéficié de l'aide financière de l'Association canadienne des professeurs d'université et de celle du Conseil des arts du Canada.

médecin. La lutte pour un haut degré d'autonomie, et son acquisition, étant caractéristiques de l'histoire de la médecine, il s'agissait d'étudier ce que devenait l'autonomie du médecin de C.L.S.C., tant en ce qui concerne la définition du contenu de son travail que les relations avec ses pairs, ses rapports avec les autres travailleurs du C.L.S.C., avec ses clients, etc. Cet exposé se limitera à traiter des conceptions que se font les médecins du rôle des autres travailleurs de C.L.S.C., professionnels ou non. C'est donc du point de vue des médecins que la situation est reconstruite.

A) *Les trois secteurs*

Notons tout d'abord cette division en trois secteurs (médical, social, action communautaire) que l'on retrouve dans la plupart des C.L.S.C. Est-ce que ces regroupements — qui correspondent en réalité à des divisions entre professions, ou entre professions et occupations — sont la façon la plus efficace d'accomplir une tâche donnée (« assurer à la communauté des services de prévention et d'action sanitaires et sociales »)¹ ou s'agit-il d'un moyen d'éviter des frictions ou des confrontations de points de vue en assurant au départ à chaque profession un territoire exclusif? On peut en effet se demander d'après quels critères secteur social et secteur communautaire, par exemple, sont deux entités distinctes. Est-ce que la différence entre un travailleur communautaire et un travailleur social réside en ce que ce dernier possède un diplôme d'études supérieures et ne veut pas être mêlé à des gens qui exercent une simple occupation et non une profession? Est-ce que le travailleur social, à cause de sa formation, est préoccupé surtout du rétablissement de l'individu dans son milieu, alors que le travailleur communautaire pense plutôt en termes de transformation de ce milieu, leur isolement dans deux secteurs contribuant à reconnaître la validité de leurs points de vue respectifs ou du moins à éviter qu'un véritable débat ne s'engage sur ce sujet? Le secteur action communautaire est-il une catégorie résiduelle où sont classés tous ceux qui n'exercent pas une profession de médecin, de travailleur social ou de psychologue? On y retrouve en effet des fonctions aussi hétéroclites que celles d'agent de recherche, de préposé à l'accueil, d'animateur communautaire. Autant de questions auxquelles cette recherche-ci ne répond pas.

Étant donné cette division de départ en trois secteurs, sous quelles formes l'omnipraticien de C.L.S.C., qui appartient évidemment au secteur médical, collabore-t-il avec les membres des autres secteurs? Voici ce qui se présente dans les huit C.L.S.C. visités. Tout d'abord, il faut avouer que les deux autres secteurs se réduisent quelquefois à l'existence d'une personne dans chacun, ou

1. *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.Q., 1971, ch. 48.

de deux personnes dans l'un des deux (deux cas). Dans un C.L.S.C. au moins, seul le secteur médical existe, semble-t-il. Le quatrième C.L.S.C. serait sans doute celui où ces secteurs sont le plus développés par rapport au secteur médical, les autres étant à peu près sur un pied d'égalité (quatre C.L.S.C.). La collaboration entre le secteur médical et les deux autres prend des visages différents, non nécessairement exclusifs. Dans certains cas, les secteurs sont en quelque sorte juxtaposés, les échanges consistant surtout en références, mutuelles ou non, de patients et en quelques propos sur la nature et le résultat de la référence. Dans d'autres cas, médecin, infirmière, travailleur social (et quelquefois travailleur communautaire et psychologue) se rencontrent régulièrement pour discuter de clients qu'ils ont rencontrés respectivement ou en commun depuis un certain laps de temps. Enfin, dans trois C.L.S.C. au maximum (peut-être même seulement deux), on passe au-dessus de ces barrières plus ou moins artificielles pour constituer des équipes de travail qui prennent les décisions quant aux programmes d'action à établir, à l'organisation et la distribution des services, sans que les médecins ne soient d'ailleurs tellement satisfaits de se retrouver dans le rôle de membre d'une équipe à part égale et non prépondérante. (Dans ces deux C.L.S.C., le personnel des autres secteurs a été engagé bien avant que les médecins ne le soient; par ailleurs, ceux-ci se retrouvent en nombre minoritaire par rapport à ce personnel.) Quand une collaboration est établie sous cette troisième forme, le médecin est déchiré entre l'attente qu'ont les personnes des autres secteurs de le voir se comporter comme un simple membre du C.L.S.C., sans pouvoir ni privilèges supplémentaires (le fait d'accepter de s'asseoir à une table et de discuter parfois pendant des heures semble être perçu comme une réponse positive vis-à-vis cette attente) et l'idée d'une certaine efficacité ou rentabilité au nom de laquelle il considère inutile de tout faire ensemble, comme équipe. Enfin, dans aucun cas les médecins n'ont considéré qu'une véritable équipe multi-disciplinaire était à l'œuvre dans leur C.L.S.C. Aucune forme satisfaisante de collaboration entre disciplines ne semble avoir encore été trouvée. Certains médecins ont même appelé «équipe multi-disciplinaire» le fait qu'ils travaillaient de près avec des infirmières ou des techniciens de radiologie et de laboratoire, confusion qui montre le peu de pénétration qu'a pu avoir ce concept à certains endroits.

Voyons maintenant le contexte de l'entrée du médecin au C.L.S.C., variable qui pourrait fort bien influencer son adaptation au milieu de travail. Treize des vingt et un omnipraticiens sont les premiers à travailler dans le cadre de leur C.L.S.C. respectif; cette situation prévaut dans cinq C.L.S.C. Dans le cas des trois autres, ces médecins viennent s'ajouter à d'autres médecins déjà établis ou remplacent des médecins qui ont quitté leur poste ou encore viennent s'ajouter à d'autres médecins en remplaçant quelques-uns de ceux qui ont quitté leur poste. En réalité, dans deux cas seulement, les nouveaux médecins (au nombre de trois) se sont insérés dans une organisation

du travail médical préexistante à leur arrivée. Dans les six autres C.L.S.C., les médecins ont donc pu structurer leur travail plus ou moins à leur guise — plus ou moins car, même s'ils ne devaient pas se plier à un plan déjà établi par d'autres médecins, ils ont dû, à certains endroits, s'entendre avec d'autres professionnels qui avaient été engagés avant eux. Dans trois de ces C.L.S.C., il était entendu entre la direction et les médecins que ceux-ci (quatorze médecins) verraient eux-mêmes et totalement à l'organisation des services de santé (en ayant soin de respecter certaines conditions minima, comme la nécessité d'offrir des services préventifs et non seulement curatifs, et la réservation de certaines périodes à des fins de réunions). Ainsi ils ont pu procéder, dans deux cas au moins, à la commande de l'équipement qu'ils jugeaient nécessaire, à l'embauche du personnel paramédical et à l'établissement des horaires. Leur situation ressemble beaucoup à celle d'un omnipraticien qui ouvrirait un bureau en pratique privée, en ce qui concerne les prérogatives qui leur ont été accordées. Dans les trois autres cas, les médecins (quatre) ont dû se placer, de bon ou mauvais gré, à l'intérieur d'une vague organisation que les autres professionnels avaient prévue: ceux-ci avaient déjà certaines attentes, qui correspondaient ou non au rôle que le médecin entendait jouer. L'évaluation de ses conditions de travail par le médecin varie avec les situations de départ prévalant au moment du début de l'emploi. Des problèmes surviennent plus fréquemment quand cette situation a déjà été modelée par des professionnels autres que les médecins.

B) *Le secteur médical*

Attardons-nous maintenant plus particulièrement au fonctionnement interne du secteur médical. Les tâches médicales accomplies à l'intérieur du C.L.S.C. sont les suivantes: consultations sur rendez-vous, sans rendez-vous et au téléphone; de rares visites à domicile, garde, services préventifs, participation à des réunions, mise sur pied de programmes d'action. Il serait important de voir comment ces diverses activités sont partagées entre les médecins eux-mêmes et entre les médecins et les autres membres du personnel médical.

Tout d'abord, là où elle a été mise à l'essai, la formule suivante a été rejetée (sauf dans un cas et pour les infirmières): chaque médecin ou infirmière s'occupe exclusivement d'une activité (prévention, consultations sans rendez-vous, etc.) pendant une période prolongée (quelques mois, par exemple) après laquelle il y a rotation. Le médecin, comme l'infirmière, est plutôt intéressé à exercer une variété d'activités à l'intérieur d'une même semaine. C'est le mode de fonctionnement en vigueur. Il diminue l'isolement créé par l'exercice d'une seule activité, permet d'avoir ses propres patients, sa « clientèle » en quelque sorte, d'exécuter un travail qui ressemble plus à celui de l'omnipraticien en pratique privée.

Un autre principe gouvernant la répartition des activités entre les médecins est le suivant : l'importance du sixième sens acquis grâce à l'expérience clinique. Faire face à la plus grande variété de problèmes possible et apprendre à les résoudre, demeurer polyvalent, sont des préoccupations majeures, surtout évidemment chez ceux qui en sont à leur première expérience de travail. En ce qui concerne les activités de traitement et de diagnostic, chez la plupart des médecins à contrat et à salaire, on demande volontiers l'avis de ses confrères quand on sait qu'un tel a fait un internat ou un début de résidence dans un domaine donné. Si, au début de l'emploi, il existe une certaine division des cas d'après les études faites, cette division tend à s'estomper au fur et à mesure, étant donné l'importance accordée au principe énoncé plus haut. Il n'y a donc pas de division des patients entre les médecins mais plutôt consultation auprès de confrères dont on soupçonne qu'ils ont plus de connaissances sur un sujet donné, et apprentissage auprès de ces confrères.

Le traitement de la question des échanges professionnels entre confrères-médecins d'un même C.L.S.C. est délicat. La question était posée dans le but de connaître le degré d'observabilité de la pratique du médecin, cette observabilité étant considérée comme une condition préalable d'une éventuelle évaluation de sa compétence. Deux difficultés ont été rencontrées. 1. Comment faut-il interpréter le fait que les médecins d'un même C.L.S.C. peuvent donner des réponses contradictoires quant à la fréquence de ces échanges ? Celui qui affirme que très peu d'échanges ont lieu dit-il vrai, et celui qui affirme le contraire essaie-t-il d'embellir la situation aux yeux de l'enquêteur, sachant que le travail d'équipe est une notion très valorisée à l'heure actuelle ? Celui qui affirme la faible fréquence des échanges se trouve-t-il simplement dans une position sociométrique de « non-choisi » parmi les membres de son groupe ? Il aurait fallu pouvoir observer directement les comportements d'échanges sur une longue période pour répondre à ces questions. 2. Comment expliquer que celui qui affirme une haute fréquence d'échanges soit si réticent à se prononcer sur la compétence de ses confrères ? Cela signifie-t-il qu'en réalité trop peu d'échanges ont eu lieu pour lui permettre de juger ? Que l'évaluation de la compétence est basée sur des critères tout à fait autres que l'impression et l'information reçues au cours de ces échanges ? Que d'avouer profiter de ces échanges pour évaluer la compétence de son confrère serait un manque à l'éthique professionnelle, une sorte de trahison de l'esprit de solidarité et d'entraide qui est supposé caractériser ces échanges ? Que retenir son esprit critique est une condition importante du travail en groupe, de la qualité des rapports quotidiens ? Il est impossible de savoir pourquoi la fréquence des échanges n'est pas liée à la possibilité d'une évaluation chez certains médecins interviewés.

C'est en tenant compte de ces difficultés non résolues qu'il faut lire les résultats qui suivent. La différence entre les médecins travaillant à l'acte et

ceux qui sont salariés est frappante: les premiers (deux C.L.S.C.) ne consultent que rarement leurs confrères et aucune période de leur horaire n'est prévue pour de tels échanges sur des patients spécifiques. Parmi les médecins salariés (six C.L.S.C.), la fréquence des échanges est plus élevée en général même si elle varie d'un centre à l'autre. Cette donnée n'est pas disponible pour un cas. Dans deux cas, les échanges ont lieu de façon sporadique, surtout lorsque le médecin se sent en difficulté devant le problème médical présenté par son patient. Dans deux autres cas, la fréquence des échanges a été évaluée à une fois par jour et une fois par demi-journée respectivement; dans ces deux C.L.S.C., il y a accord entre les médecins en ce qui concerne la grande fréquence de ces échanges et ceux-ci semblent avoir lieu dans un climat très ouvert (un de ces deux C.L.S.C. possède de plus un mécanisme formel de revue des dossiers, le seul en existence à ma connaissance). Enfin, en ce qui concerne le dernier C.L.S.C., il y a désaccord entre les affirmations des médecins au sujet de ces échanges.

Comme il fallait s'y attendre, aucun des médecins interviewés n'a jugé ses confrères incompetents. Quelques-uns ont refusé de se prononcer sur ce sujet. Quand ils ont été appelés à justifier leur évaluation positive de la compétence de leurs confrères, les interviewés ont donné les raisons ou critères suivants: l'existence des dossiers communs (i.e. unique pour chaque patient) permet de voir le diagnostic et le traitement d'un autre médecin; la rencontre de patients en l'absence de leur médecin-traitant permet aussi de voir comment ce confrère a procédé avec ses patients; les discussions au cours des réunions périodiques à des fins scientifiques; l'entraînement reçu; le jeune âge; la confirmation du diagnostic par le rapport d'un spécialiste; l'aptitude à reconnaître ses limites.

Les mêmes activités de diagnostic et de traitement font l'objet d'une division plus ou moins explicite entre le médecin et l'infirmière. Tout d'abord, l'infirmière n'est jamais affectée à un ou quelques médecins en particulier; elle est affectée à une tâche. Il est clair que, dans le cas des médecins rémunérés à l'acte, le rôle de l'infirmière est limité à celui d'une exécutante des décisions prises par le médecin. Mais le fait que l'infirmière est l'employée du C.L.S.C., et non du médecin, ajoute une variation à la performance de ce rôle. Les médecins semblent alors plus réticents à partager leurs expériences avec elles, plus soucieux de conserver une certaine distance à cause de leur allégeance ambiguë. Ils sont peu au courant des activités des infirmières qui n'ont pas pour tâche de travailler aux consultations des médecins. Dans les C.L.S.C. où les médecins sont salariés, on assiste à une sorte d'éclatement du rôle de l'infirmière. Un seul souci semble constant, celui d'éviter que l'infirmière ne devienne un obstacle que le patient doit franchir pour arriver à rencontrer le médecin. Le patient peut prendre rendez-vous avec une infirmière s'il le désire (certaines font en effet de la consultation en nursing) mais s'il veut prendre

rendez-vous avec un médecin, il ne doit pas être nécessairement et automatiquement vu par l'infirmière d'abord. Quand le patient vient au C.L.S.C. sans rendez-vous, il est cependant souvent vu d'abord par l'infirmière. Une autre dominante qui n'est pas une constante : la préoccupation de l'enseignement de la médecine à l'infirmière. Il est en effet beaucoup question de formation d'infirmière-clinicienne, ce qui semble un idéal à atteindre même si on ignore à quoi de telles infirmières pourraient être utiles dans les C.L.S.C. (un seul médecin me semble avoir raisonnablement justifié leur emploi : l'infirmière-clinicienne qui ferait des visites à domicile serait plus apte à rapporter correctement l'état du patient et mettrait ainsi le médecin plus en confiance). Par ailleurs, on attend de l'infirmière qu'elle ne se limite pas à ses fonctions traditionnelles, qu'elle prenne des initiatives, qu'elle accepte volontiers de plus grandes responsabilités (par exemple mettre sur pied des programmes d'action, recueillir l'histoire du patient, faire l'examen diagnostique et régler elle-même le problème du patient quand elle a établi un bon rapport avec lui, cette dernière responsabilité n'étant cependant laissée à l'infirmière que par quelques médecins). En même temps, l'infirmière est celle à qui les tâches peu intéressantes (par exemple appels téléphoniques, visites à domicile, réception des patients sans rendez-vous, examens généraux) ou même nettement embarrassantes (par exemple, les services préventifs) sont confiées. Enfin, l'infirmière qui accepte de jouer un rôle élargi se place dans une position problématique au point de vue légal puisque certains des actes qu'elle pose ne sont alors pas couverts par ses assurances. Un élargissement de rôle dans de telles conditions peut mener à une simple duplication du travail : l'infirmière fait tout ce que le médecin aurait fait mais, comme il est légalement responsable de certains actes, celui-ci revoit le travail accompli, pour sa propre sécurité ou parce qu'il croit que le patient a pu cacher certaines choses à l'infirmière. La recherche d'un équilibre qui n'est pas encore atteint semble caractéristique des relations entre le médecin et l'infirmière ; l'atmosphère en est une de remise en question, de redéfinition, de tentatives plutôt que de fidélité à une routine bien établie. La formule magique n'a pas encore été trouvée.

En plus de l'infirmière, on retrouve d'autres employés qui pivotent autour de l'omnipraticien. Je ne veux parler ici que des techniciens en radiologie et des techniciens en laboratoire. Les C.L.S.C. situés dans des villes ou en banlieue de villes importantes (quatre) n'emploient pas ce type de personnel ; étant donné la proximité des hôpitaux ou bureaux privés de radiologistes, les patients sont référés dès qu'ils ont besoin de tels services. Les C.L.S.C. établissent alors des contrats de services avec ces organisations.² Trois C.L.S.C.

2. J'ignore malheureusement qui décide des institutions avec lesquelles ces contrats sont signés, selon quels critères elles sont choisies, quels avantages sont retirés, pour les clients du C.L.S.C., de la signature de telles ententes.

ruraux emploient des techniciens en radiologie et les deux premiers emploient aussi des techniciens en laboratoire; les lectures de radiographies ou les analyses complexes sont souvent faites au centre hospitalier le plus rapproché. Le seul C.L.S.C. en milieu rural à ne pas employer un tel personnel est situé à proximité d'un sanatorium qui lui fournit ces services. Il semble qu'on a bien prêté attention aux ressources déjà disponibles sur un territoire avant de décider si tel C.L.S.C. avait un besoin réel d'équipement ou de personnel paramédical. Il est cependant probable que cette planification des ressources n'est pas strictement rationnelle mais qu'elle répond aussi à des intérêts politiques.

C) *La référence externe*

Enfin, que se passe-t-il lorsque cette organisation qu'est le C.L.S.C. est incapable de fournir à ses clients les services dont ils ont besoin? Cette question nous amène à examiner les relations qu'entretient le C.L.S.C. avec son environnement organisationnel. En fait, il ne sera question ici que des services strictement médicaux et, par conséquent, du processus de référence aux médecins spécialistes à l'extérieur du C.L.S.C. Il faut d'abord noter que douze des omnipraticiens interrogés ont commencé une résidence sous forme d'internat unidisciplinaire ou ont complété un certain nombre d'années de résidence. Quelle influence le fait d'avoir acquis un certain bagage de connaissances menant au certificat de spécialiste peut-il avoir sur la division du travail médical entre l'omnipraticien et le spécialiste? Cette influence semble se manifester de diverses façons. L'omnipraticien refuse de jouer le rôle d'une sorte de centrale téléphonique qui se limiterait à indiquer où et comment obtenir des services médicaux sans pouvoir en prodiguer, et les connaissances acquises en cours de résidence le rassurent quant à son efficience. L'omnipraticien semble donc intéressé à retarder le moment de la référence, à pousser ses investigations ou son traitement aussi loin que possible, ce qui constitue une sorte de défi, et le rapport du spécialiste est utilisé comme un test de sa compétence (si le rapport confirme les soupçons de l'omnipraticien, celui-ci en retire une certaine fierté). Le rapport du spécialiste est aussi considéré comme un instrument d'éducation médicale continue, une incitation à se maintenir à jour. Cette influence est-elle bénéfique au patient ou l'omnipraticien est-il encouragé à poser des actes pour lesquels il n'est pas qualifié? Pour mieux répondre à cette question, il aurait fallu comparer, dans leur style de référence, ceux qui ont terminé leurs études après l'internat et ceux qui les ont poursuivies.

Plus généralement, on pourrait se demander si le C.L.S.C. deviendra une institution rattachée à l'omnipraticien, sa niche en quelque sorte, de la même façon que le milieu hospitalier est devenu l'institution propre au spécialiste. Si cela se produisait, quelle influence cette affiliation à un nouveau milieu de

travail pourrait-elle avoir sur le statut de l'omnipraticien, déjà compromis aux yeux du spécialiste? On peut peut-être trouver un début de réponse à cette question dans les difficultés qu'ont la plupart des omnipraticiens de C.L.S.C. à exercer une activité hospitalière; les conditions qu'ils auraient alors à remplir sont telles qu'ils sont pratiquement exclus de ce milieu. Enfin, faut-il voir dans le désir de certains omnipraticiens de s'affilier à un hôpital, une dernière tentative pour se rattacher à une institution de prestige qui les confirme dans l'importance de leur statut, étant donné que cette nouvelle organisation qu'est le C.L.S.C. ne suffit pas à remplir cette fonction?

Un autre point d'intérêt, en ce qui regarde la référence, est la façon de choisir le spécialiste. L'omnipraticien semble, à cet égard, se retrouver dans une position équivalente à celle du patient devant le choix de son omnipraticien: l'évaluation réfléchie de la compétence n'est pas le critère principal de sélection, même si l'omnipraticien serait dans une meilleure position que le patient pour effectuer cette évaluation. Un tas d'impondérables entrent en jeu: la vague réputation de tel spécialiste, fondée sur on ne sait quoi; les ouï-dire qui circulaient à propos de tel autre spécialiste au moment de l'internat ou de la résidence et qui guident l'omnipraticien quand l'hôpital où il a fait ses études demeure son centre principal de référence;³ le hasard d'un nom choisi sur la liste des spécialistes de tel hôpital; le choix de l'hôpital (pour des raisons de distance ou autres) qui détermine les limites de l'ensemble des spécialistes possibles; la rapidité pour obtenir un rendez-vous; etc. Les omnipraticiens procèdent par essai et erreur quand ils ne connaissent rien des spécialistes d'un hôpital donné; la satisfaction obtenue par le rapport de consultation sert de critère de sélection pour les références suivantes. Enfin, la plupart des médecins salariés essaient d'établir une liste commune de spécialistes, de la même façon qu'ils s'efforcent de dresser des protocoles uniformes d'investigation et de traitement.

*
* *
*

En guise de conclusion, nous retournerons à la question posée en introduction et qui a inspiré cette recherche: l'influence d'une nouvelle structure de travail sur la définition du rôle de médecin. Il ne fait pas de doute que le nouvel arrangement de travail qu'est le C.L.S.C. influence la définition de la profession d'omnipraticien, ne serait-ce qu'en confrontant le médecin à de

3. Dans un cas au moins, l'insistance du médecin à faire traiter son patient dans l'hôpital de sa résidence a résulté en la rupture de la relation patient-médecin, puisque le patient désirait se faire hospitaliser à un autre endroit où le médecin ne connaissait aucun spécialiste.

nouvelles options, même quand il décide de les rejeter. Mais les façons dont l'omnipraticien de C.L.S.C. a répondu et répond encore au changement ne peuvent que nous amener à conclure qu'il tente de s'accommoder de celui-ci sans qu'il y ait modification profonde de son rôle (à quelques exceptions près). Il s'efforce de s'ajuster aux attentes des diverses parties avec lesquelles il entre en relation en vue d'assurer une certaine stabilité de son comportement, afin de ne pas être placé en situation de déséquilibre à chaque nouvelle action ou réaction. Et il réussit à le faire en s'accrochant aux aspects traditionnels de la pratique médicale, les faisant survivre dans une situation à laquelle ils ne paraissent plus adaptés. Cela se manifeste de diverses manières : négation de l'originalité de la philosophie des soins à l'origine de la création des C.L.S.C. ; échec des tentatives faites pour que les membres du C.L.S.C. soient traités sur un pied d'égalité au sein de véritables équipes multi-disciplinaires ; persistance des comportements du médecin-entrepreneur privé dans une organisation financée par des fonds publics (publicité, équipement, etc.). Des dix-huit omnipraticiens salariés rencontrés en 1974, sept avaient quitté leur poste en 1975.

Denise COUTURE

*Département de sociologie,
Université Laval.*