

Le corps médical et la « nouvelle société » québécoise **The Medical Profession and the Quebec « New Society »**

Jean-Réal Cardin

Volume 21, numéro 1, 1966

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/027644ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/027644ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Résumé de l'article

L'auteur, dans l'article qui suit, tente de montrer dans quel sens s'est exprimée l'évolution sociale du Québec et comment ces nouvelles données communautaires redéfinissent l'exercice de la profession médicale chez nous. Il pose aussi quelques problèmes auxquels le corps médical doit faire face à l'heure actuelle.

Éditeur(s)

Département des relations industrielles de l'Université Laval

ISSN

0034-379X (imprimé)

1703-8138 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Cardin, J.-R. (1966). Le corps médical et la « nouvelle société » québécoise. *Relations industrielles / Industrial Relations*, 21(1), 3–20.
<https://doi.org/10.7202/027644ar>

Le corps médical et la "nouvelle société" québécoise

Jean-Réal Cardin

L'auteur, dans l'article qui suit, tente de montrer dans quel sens s'est exprimée l'évolution sociale du Québec et comment ces nouvelles données communautaires redéfinissent l'exercice de la profession médicale chez nous. Il pose aussi quelques problèmes auxquels le corps médical doit faire face à l'heure actuelle.

La nouvelle société québécoise

Le Québec, en dépit des schèmes traditionnels de sa pensée sociale fortement marquée par un curieux mélange de libéralisme antiétatique hérité des courants philosophiques du XIXe siècle, et d'autoritarisme social et moral conservé de l'époque coloniale, a évolué depuis près d'un demi-siècle, et presque à son insu, est devenue une société hautement urbanisée, en voie rapide d'industrialisation, participante à part entière aux grands problèmes d'équilibre économique et de progrès social qui assègent l'ensemble des sociétés évoluées du monde occidental.

Trois personnes sur quatre au Québec, vivent présentement dans des centres que le recensement fédéral classe sous la dénomination de « centres urbains ». Le secteur dit « rural » ne comptait plus en 1961 que pour 11% de la population totale. Montréal a été le grand centre d'attraction, où 2 québécois sur 5 vivent dans sa région métropolitaine. Le mouvement s'étend toutefois à plusieurs autres centres urbains où des développements impressionnants sont aussi à noter.

Sur le plan de l'industrialisation, et de la structure des occupations, le mouvement est pour le moins aussi spectaculaire. Alors qu'au tournant du siècle, 47% de la main-d'oeuvre masculine appar-

CARDIN, JEAN-RÉAL, avocat (B.C.L., McGill), M.A., Rel Ind. (Université de Montréal), études graduées en Economique, Sociologie et Relations industrielles (Université de Chicago), directeur du Département des Relations industrielles de l'Université Laval.

tenait au secteur primaire, celui-ci n'en comptait plus, en 1961 que 14%. Durant les dernières cinquante années toujours, le secteur secondaire (industries de transformation) est passé de 23% à 37% de l'ensemble de cette main-d'oeuvre, alors que les services (secteur tertiaire) ont fait un bond de 23% à 47%; ce qui constitue l'indice sûr de la transformation profonde qui continue de marquer notre économie, plus rapidement même (à cause des retards accumulés historiquement) que celle de la plupart des autres communautés occidentales.¹

Ce ne sont là que quelques chiffres qui indiquent bien que tout a changé au pays du Québec.

L'urbanisation, le progrès technique, bouleversent les structures de l'emploi, et remettent en question les idées reçues en matière d'organisation professionnelle, de politiques de main-d'oeuvre, de relations industrielles, de distribution des revenus et de politiques sociales.

Ce qui caractérise davantage cette situation au Québec, c'est que n'ayant pas dépassé les schèmes de la pensée libérale, n'ayant connu du Welfare State que quelques mesures initiées d'ailleurs de l'extérieur, nous nous trouvons confrontés d'emblée avec les problèmes des économies modernes tout en ayant escamoté historiquement et psychologiquement le creuset des périodes intermédiaires du libéralisme corrigé, comme l'on fait la plupart des autres pays.

Notre révolution industrielle, tardive, s'est faite dans les faits sans que nous y participions vraiment; on pourrait même dire qu'elle s'est faite sans nous, et par ce nous appellerions un mandat en blanc donné tacitement à d'autres sociétés déjà beaucoup plus avancées technologiquement et socialement : l'anglaise et l'américaine.

Cependant, si cette révolution économique s'est faite en grande partie en notre absence, les éléments de fond de l'urbanisation et de l'industrialisation nous touchent aussi profondément, et nous dirions, beaucoup plus brutalement qu'ailleurs, étant donné l'éveil tardif de la conscience qu'on en a prise et le peu de « présence » que nous y avons assumée jusqu'ici.

(1) Ces statistiques sont tirées de deux études publiées par « The French Network of Dailies », l'une intitulée : *The Urban Explosion in Quebec*, par YVES MARTIN, avril 1964; l'autre s'intitule : *Occupations in Quebec*, par GÉRALD FORTIN, avril 1964.

Nous nous éveillons donc forcément aux impératifs de l'économie concertée, et c'est ici que la notion de progrès retrouve toute son actualité chez nous. Non plus seulement dans le sens du progrès technique (lequel, avec l'automatisation grandissante, se poursuit forcément dans les faits); non plus seulement dans le sens du progrès économique pur, sans discernement quant aux groupes qui en profitent effectivement, comme ce fut le cas dans les premières révolutions industrielles; mais d'abord et avant tout dans le sens du progrès social, c'est-à-dire de l'accession plus généralisée et mieux équilibrée de tous les groupes communautaires au bien-être matériel, à la culture et à l'épanouissement maximum du bonheur terrestre pour tous et chacun.

La révolution actuelle au Québec, encore plus qu'ailleurs, bien que marquée en surface d'aspects politiques, économiques ou techniques, est profondément « sociale ». Les remises en question auxquelles nous assistons présentement, les affrontements multiples qui semblent ébranler l'équilibre de nos structures sociologiques aussi bien que morales, sont autant de manifestations de cette immense aspiration communautaire vers la reconquête de soi-même au moyen de la promotion sociale acquise collectivement sous le leadership de pouvoirs politiques renouvelés; aspiration enfin libérée par l'avènement de la société « d'abondance » à laquelle nous commençons de participer.

Les corps professionnels et la « nouvelle société »

Où se situent nos corps professionnels dans cette « nouvelle société »? Nous voudrions brièvement poser le problème dans son ensemble, avant d'aborder le cas spécifique du corps médical face à la socialisation de la médecine.

Essentiellement, la « nouvelle société » en est une où les fonctions économiques et sociales ne sont plus le fait des individus seuls, ni des groupes sectoriels particuliers et plus ou moins indépendants dans leurs décisions et dans le choix de leurs moyens d'actions, mais où ces fonctions sont plutôt le fruit de politiques décidées communautairement et en tenant compte des objectifs globaux fixés à plus ou moins long terme par l'autorité politique. C'est là la caractéristique essentielle de la planification, qu'elle soit sociale ou économique, globale ou appliquée à une région ou un secteur donnés, coercitive dans ses moyens ou simplement indicative ou suggérée.

Le Québec n'échappe pas à ces impératifs, surtout si, pour des motifs d'ordre culturel, il entend dorénavant assumer pleinement et à son

compte, les fonctions essentielles que la socialisation impose à tous les pouvoirs politiques modernes.

Cela signifie aussi que les agents de l'économie, ou encore les groupes fonctionnels ne doivent plus agir selon leurs seuls intérêts et dans un état de liberté concurrentielle totale comme cela s'est fait jusqu'ici. Ils doivent désormais se structurer mentalement et organiquement de manière à répondre le plus pleinement possible aux exigences des politiques communautaires auxquelles ils auront démocratiquement apporté leur part au stade de l'élaboration avec les pouvoirs publics. Ceci suppose, en revanche, que ces derniers, même s'il leur appartient de décider quant au choix des objectifs et des politiques visant à les réaliser, doivent nécessairement, à moins de verser dans le totalitarisme et la démagogie, s'assurer de la collaboration effective de ces groupes dans le processus de l'élaboration et de l'application de ces politiques.

Or, les corps professionnels, les ordres qui régissent les professions libérales, sont, au même titre que les autres corps intermédiaires (syndicats patronaux ou de salariés, associations de producteurs ou de consommateurs, organisations financières, économiques ou commerciales) à la fois des agents de service et des groupes de pression. Même si un statut particulier leur a été octroyé dans un but strict d'intérêt public, ils n'en demeurent pas moins, de fait, des groupes d'intérêts en ce sens qu'historiquement ils ont eu mission tout à la fois, d'organiser et de régir au mieux des intérêts de leurs membres, la vie professionnelle de ces derniers, et de les représenter auprès de l'Etat et de la société en tout ce qui a trait au statut et à la protection des exigences de l'ensemble de la profession.

Il importe donc, en état de socialisation, de faire en sorte que l'aspect « groupe de pression » ou « groupes d'intérêts » ne prenne le pas sur celui d'« agent de service ».

Le danger est d'autant plus imminent pour les ordres professionnels d'oublier en contexte socialisé, où forcément le double jeu de la participation et de la contestation vis-à-vis les autres groupes communautaires et l'Etat s'impose, d'oublier disons-nous, l'aspect « service » qui est pourtant de loin le plus important dans leur cas, au profit de la promotion des intérêts particuliers du groupe.

Il ne faut pas oublier que nos corporations professionnelles ont été instituées chez nous en périodes de libéralisme, et qu'à cette époque, les

professions libérales participaient pleinement de l'entreprise privée sur le marché des services professionnels par l'application quasi-universelle de la pratique privée et du service direct aux consommateurs de ces services, i.e. la clientèle privée. Le principe de la non-intervention de l'Etat en matière économique justifiait donc, que dans le cas de services à caractère nécessaire et souvent urgents, services hautement spécialisés et sur lesquels le profane ne pouvait se former d'opinion valable, et où de plus, le praticien exerçait très souvent en régime de monopole, il importait donc que les pouvoirs publics délèguent des pouvoirs de contrôle et d'administration à la profession organisée.

C'était le cas de la médecine comme celui de bien d'autres activités, professionnelles, économiques ou autres. Mais étant donné l'intégration progressive des fonctions sociales aux mesures de croissance économique équilibrée et de progrès social mieux partagé, les ordres professionnels ne sauraient, pas plus d'ailleurs que les autres groupes sectoriels (syndicats, entreprises, etc.), boudier les événements et s'abstenir d'entrer dans l'esprit de l'époque sous prétexte de privilèges acquis, de prestige professionnel, ou de confort intellectuel ou tout simplement matériel. Ils doivent abandonner résolument les vieux schèmes libéraux de pensée et d'organisation, accepter de composer loyalement avec les exigences nouvelles, redéfinir leurs structures et leurs moyens d'action en fonction de ces nouvelles exigences.

Le corps médical en régime socialisé

Que signifient, en termes concrets, pour le corps médical, ces énoncés globaux à caractère quelque peu sentencieux?

La profession médicale, au Québec a été constituée en « corporation » vers le milieu du XIXe siècle, c'est-à-dire au plus fort de la période du libéralisme économique. Comme la profession légale, et un certain nombre d'autres activités dites « libérales », elle a reçu sa consécration officielle des pouvoirs publics à un moment où la pratique « privée » était la règle générale de l'exercice de la profession, où aucune mesure de sécurité sociale n'existait, où, en somme le marché des soins médicaux était laissé à lui-même, tout comme c'était le cas de la plupart des autres secteurs de l'économie.

Dans ces conditions, le médecin exerçait à son propre compte et son cabinet de consultation était le lieu où s'établissaient les rapports personnels du praticien et du client, rapports individuels qui fixaient le

genre et la qualité des services dispensés et en établissaient le prix en conséquence. Tous les éléments ou presque, du système de l'entreprise libre et privée se retrouvaient en principe, et souvent en pratique, dans l'exercice de la profession médicale, comme dans celui des autres professions libérales : capital investi, sous forme de biens immobiliers, d'outillage, et surtout de formation scientifique et professionnelle acquise au prix d'un apprentissage long et exigeant; prestation d'un service professionnel offert à des clients éventuels; même quelquefois, concurrence sur le marché des soins médicaux lorsque plusieurs praticiens se disputaient une clientèle restreinte dans un secteur local ou régional.

Comme tout « entrepreneur » en service, le médecin était rémunéré à l'« acte professionnel », lequel était le fruit à la fois de la science acquise et de l'art nécessaire à son application pratique.

Quoique ce soit là le « système » dans lequel a fonctionné historiquement l'exercice de la profession médicale, nous devons souligner que la nature même des services rendus par la profession médicale (les soins médicaux) les caractérisait hautement par rapport à ceux de beaucoup d'autres professions, métiers ou industries. Il s'agissait de la sauvegarde et de la protection de l'intégrité du corps humain, et il ne fait pas de doute que l'éminence même des services médicaux, leur caractère essentiel et en quelque sorte sacré, transcendait le système dans lequel la profession médicale s'exerçait, et chez l'ensemble du corps médical, les notions de service, d'honneur professionnel et de désintéressement l'emportaient souvent d'emblée sur les exigences économiques du système dans lequel la profession s'exerçait.

C'est là, d'ailleurs, la justification première des attributs conférés par les pouvoirs publics du temps au Collège des médecins et chirurgiens du Québec sur le plan du contrôle de la compétence, de l'éthique professionnelle et des pouvoirs de sanctions en cas de dérogation aux normes reconnues. L'autodiscipline du corps médical ainsi organisée à l'intérieur même de la profession était à ce moment à la fois la seule possible et la plus nécessaire.

Quant à l'hospitalisation, il faut souligner, historiquement, l'absence d'institutions hospitalières, en milieu rural, et celles qui existaient dans les quelques grands centres urbains, étaient avant tout des institutions charitables de caractère purement privé, et marquées au coin du dévouement des communautés religieuses, de quelques laïcs et des médecins qui y dispensaient, souvent gratuitement leurs services.

C'était là ce qu'on pourrait appeler la période de la « médecine libérale ». Les lois d'assistance sociale, de réparation des accidents industriels et les quelques autres mesures analogues, adoptées au cours du dernier demi-siècle, pour importantes qu'elles fussent en soi, à l'égard des groupes directement bénéficiaires, n'ont toutefois pas entamé pour la peine le concept et la pratique de la « médecine libérale ».

Ce n'est qu'avec les progrès de la science, que les spécialités médicales ont pris leur véritable essor il y a à peine une vingtaine d'années chez nous, que la médecine s'est catégorisée, et, que les intérêts ont commencé de se diversifier et même, de s'opposer en certains cas, au sein du corps médical. Le mouvement accéléré, vers cette même époque, de la création et de l'organisation de centres hospitaliers de plus en plus nombreux et dispersés à travers le Québec, a largement favorisé l'accès à la spécialité médicale chez les membres de la profession, mais du même coup, a créé des conditions d'exercice tout à fait différentes de celles qu'on avait connues jusque là, provoquant peu à peu une mutation peut-être imperceptible au début, mais néanmoins très réelle, dans les statuts du praticien vis-à-vis l'exercice même de sa profession, l'hôpital-employeur (au sens large) et le patient.

Vers le même temps, nous assistons à la mise sur pied de sociétés d'assurances collectives contre la maladie, les accidents et les frais d'hospitalisation, développées en bonne partie sous l'empire des besoins grandissants de populations urbaines et industrielles laissées sans sécurité devant ces diverses éventualités dont le coût devenait de plus en plus prohibitif à mesure que la qualité des soins et les perfectionnements scientifiques et techniques s'incorporaient au traitement.

Mais ce n'était là que des sociétés de caractère privé, volontaire, et limitées en conséquence quant au nombre de leurs adhérents. Le caractère traditionnel de l'exercice médical et de sa rémunération, n'en était pas touché pour la peine.

Il faut attendre jusqu'aux années toutes récentes, à la « révolution sociale » dont nous avons fait état plus haut, et l'adoption par les pouvoirs publics d'une attitude définie et décisive à l'endroit de la santé publique, pour que la profession médicale soit vraiment mise en face d'un changement radical dans les conditions de son exercice.

L'avènement de l'assurance-santé

Le concept de l'assurance-santé collective n'est pas nouveau. Les syndicats ouvriers par exemple, l'ont demandé pendant longtemps aux pouvoirs publics en Europe et en Amérique du Nord, et les différents partis réformistes de quelque nuance qu'ils soient, l'avaient inscrit à leurs programmes depuis leurs débuts. Des éléments de ces revendications ont même fait l'objet de lois et de systèmes plus ou moins étendus dans certains pays, et cela dès 1884 dans l'Allemagne de Bismark, par exemple. Vers les années 30 (exactement en 1928) le gouvernement français s'inspirant en cela du système allemand appliqué à l'Alsace-Lorraine, a adopté une loi dite des « assurances sociales » qui souleva à l'époque l'opposition très vive du corps médical français. En 1930 il reprenait cependant un projet modifié qui est à l'origine du système actuel, lequel a été restructuré et définitivement organisé par les lois de 1945-1948. Roosevelt, dès 1935, avait incorporé à son New Deal, son fameux Social Security Act, lequel est resté en bonne partie lettre morte à cause d'obstacles d'ordre constitutionnel et peut-être surtout à cause de l'opposition irréductible du corps médical et des autorités hospitalières. En Grande-Bretagne, le Rapport Beveridge de 1942, en pleine guerre mondiale, prônait l'adoption d'un système de sécurité sociale universelle devant protéger chaque citoyen, indépendamment de ses moyens de fortune « from the cradle to the grave ». Imitant toujours la mère-patrie, le gouvernement canadien instituait à son tour une commission royale d'enquête d'où sortit en 1943 notre petit rapport Beveridge, le rapport Marsh sur la sécurité sociale.

Tous ces éléments du Welfare State empruntaient aux systèmes de pensée socialistes et donnaient déjà des frissons dans le dos aux membres des corps médicaux de ces pays traditionnellement libéraux et capitalistes. La résistance était grande envers l'adoption éventuelle de mesures aussi « égalisatrices », mais, mis à part certains arguments valables relatifs à la liberté individuelle et à l'éthique professionnelle, elle n'était, somme toute, qu'une des diverses manifestations de crainte et de résistance à la socialisation émanant de la pensée libérale incarnée par la libre entreprise. Les chambres de commerce et les associations de manufacturiers réagissaient de la même façon, et au nom des mêmes principes (sinon des mêmes intérêts) à l'encontre de toute velléité gouvernementale de nationalisation de certains services publics. C'est ainsi, malheureusement, que pendant de longues années, nos corps professionnels (et dans le cas qui nous occupe, le corps médical) sont devenus des facteurs de résistance au changement, des groupes de pression conserva-

teurs voués aux intérêts acquis de leurs membres, détournant par ce fait même leurs énergies et leurs pouvoirs de leur raison d'être première et exclusive : le service au public.

Cependant, avec les transformations sociales, économiques et structurelles évoquées plus haut, avec l'impératif absolu de la croissance économique et de l'équilibre social qui le sous-tend, avec la nécessité de satisfaire enfin cette immense aspiration au mieux-être partagé qui caractérise si bien les sociétés d'abondance, avec la socialisation inéluctable des fonctions et la prise de conscience par l'Etat de son rôle en un tel contexte, les données du problème se sont à leur tour transformées.

Ce qui était service privé en régime libéral, devient service public en régime socialisé; ce qui était laissé à l'initiative privée en régime libéral, devient le fait de l'initiative publique en régime socialisé; ce qui était accessible au petit nombre en régime libéral, devient le partage de tous, riches ou pauvres, en régime socialisé; enfin ce qui était objet de charité ou de privilège dû aux hasards de la fortune, devient maintenant objet de justice et de droit opposable par tous à la mesure des besoins. On reconnaît maintenant en principe, sinon encore en pratique, qu'il en est ainsi du travail, de l'éducation et de la santé. La santé est devenue, avec l'assurance-hospitalisation et bientôt avec l'assurance-santé, un véritable service public, au même titre que la justice, l'éducation, la voirie, les communications. La maladie est un des risques majeurs de la vie, et à ce titre, il doit être couvert communautairement, de manière à assurer que chacun reçoive les soins les meilleurs indépendamment de son état de fortune. En conséquence, l'hospitalisation est essentiellement un service public, et non plus une institution charitable et privée; de même les soins médicaux sont un service public, et non plus un bien particulier auquel on peut avoir accès selon le prix qu'on peut y mettre ou sous couvert de l'assistance dans les cas de dénuement complet.

L'Etat du Québec a reconnu ces transformations profondes de la mentalité sociale en matière de soins médicaux. En 1960, il instaurait un régime d'assurance-hospitalisation et modifiait dans les faits, sinon juridiquement, le statut des institutions hospitalières publiques, par la voie des subventions et du contrôle financier correspondant qu'il y exerce désormais. Il s'apprête à élargir sous peu ce régime en instaurant un véritable plan universel d'assurance-santé couvrant l'ensemble des soins médicaux. Nous n'entrons pas ici dans l'analyse des difficultés techniques, pour les institutions hospitalières, aussi bien que pour le corps médical et les pouvoirs publics, suscitées par la mise en place et

l'administration de ces systèmes; nous savons qu'elles sont nombreuses et complexes.

Nous voudrions seulement explorer brièvement quelques dimensions qui nous apparaissent importantes des problèmes nouveaux que la socialisation de la santé, telle que décrite plus haut, pose à la « nouvelle médecine » et au corps médical.

Quelques problèmes actuels

D'abord, en devenant un service public, accessible à tous, les soins médicaux seront inévitablement l'objet d'une consommation accrue de la part de la population.

LE NOMBRE DES MÉDECINS

Le corps médical de concert avec les universités, doit donc à tout prix faire en sorte d'assurer les effectifs professionnels requis pour faire face à cette demande croissante. Il doit, tout en sauvegardant les exigences de la compétence, par le truchement de l'appartenance obligatoire à l'Ordre, éviter de jouer le rôle de ce qu'on appelle en relations industrielles, un « atelier fermé » pour ceux qui en font déjà partie, afin que l'offre étant restreinte, le prix des soins médicaux se maintienne à un niveau exagéré. Il s'agit ici d'assurer à la fois le nombre requis de praticiens et la répartition géographique la meilleure possible de ces derniers afin que des pénuries trop graves ne rendent leurs services déficients et trop coûteux dans certaines régions défavorisées.

Lorsqu'on voit qu'une proportion aussi forte d'excellents candidats sont refusés aux facultés de médecine, à chaque année, il y a de quoi devenir songeur devant la perte sociale qu'un tel malthusianisme, même involontaire, nous réservera à l'heure de la médecine pleinement socialisée. Le corps médical se doit, en toute urgence, de tout mettre en oeuvre pour apporter sa quote-part de solution à ce problème. Ce qui se fait en ce moment quant à la diffusion de l'éducation pour le plus grand nombre, doit aussi se faire sur le plan de la santé publique. De plus, qu'on le veuille ou non, les lois du marché jouent en médecine comme ailleurs, et en dehors d'une fixation d'autorité de la part de l'Etat, ce qui nous apparaît peu souhaitable, nous ne voyons de solution au problème des coûts excessifs des soins médicaux, que dans un nombre considérablement accru de praticiens, spécialisés ou de médecine générale, par rapport à la population à desservir.

LE SYNDICALISME MÉDICAL

Sur le plan de l'organisation professionnelle, le corps médical fait face à des problèmes d'envergure, avec le développement des spécialités, de la pratique de nombreux spécialistes dans les hôpitaux, des contrôles financiers auxquels sont soumises ces institutions de la part du service de l'assurance-hospitalisation, et enfin avec l'instauration prochaine de l'assurance-santé publique et généralisée, mesure qui touche peut-être plus spécialement les omnipraticiens.

Nous devons reconnaître à ce sujet, que le Collège des Médecins, plus tôt, et sans les difficultés suscitées par d'autres corporations professionnelles, a reconnu, pour les divers groupes qui le composent, le principe de l'organisation et de l'action syndicale. Le mouvement a déjà commencé depuis un certain nombre d'années, et à l'heure actuelle au moins vingt-trois syndicats professionnels de spécialistes sont en existence, lesquels se sont récemment constitués en fédération. Tout à côté existe la fédération des omnipraticiens qui regroupe plusieurs sections syndicales de praticiens de la médecine générale.

Il est essentiel, à notre avis, qu'il en soit ainsi, car c'est le seul moyen d'assurer valablement les intérêts fonctionnels et économiques de ces groupes, vis-à-vis les institutions hospitalières, l'Etat et les systèmes privés d'assurance-hospitalisation ou d'assurance-santé. La négociation des questions d'intérêts, des tarifs, des conditions de travail, doit se faire par des groupes fonctionnels, autres que l'Ordre lui-même. En médecine socialisée, ces questions ne doivent pas relever de celui-ci, car il y aurait incompatibilité entre le rôle primordial de protection du public, qui est essentiellement le sien, et celui de la revendication économique pour ses membres. L'autorité et l'intégrité de l'Ordre professionnel en seraient réduites d'autant.

Le problème, selon nous, se situe au niveau des relations qui doivent exister entre les organismes syndicaux et l'organisme corporatif. Doit-il exister une relation organique entre ces deux modes de groupement? Les syndicats doivent-ils être partie intégrante et constituante de la corporation? Si oui, selon quelles modalités, selon quel mode de représentation et selon quelles structures de pouvoir? Indépendamment de ces questions, qui ne sont pas encore pleinement résolues, il en est une d'importance qui se pose immédiatement, que les syndicats médicaux soient partie ou non à la structure corporative : c'est celle de la délimitation des fonctions entre ces derniers et le collège, sur les plans

de l'action professionnelle concrète. Ici, des *modus vivendi* seront sûrement à développer. Même si, en principe, les responsabilités respectives de chaque institution sont assez clairement définies, la possibilité du double emploi, voire de la concurrence à l'occasion, reste toujours à craindre. L'expérience française par exemple, est là pour le démontrer. L'expérience seule pourra répondre pleinement dans l'avenir à ces points d'interrogation.

LE CORPS MÉDICAL ET LES POUVOIRS PUBLICS

Mais la question dominante qui se pose présentement au corps médical, c'est celle de ses rapports avec les pouvoirs publics en régime d'assurance-santé universelle, institué par l'Etat. Evidemment, les problèmes sont susceptibles de varier selon la nature et les modalités que revêtira éventuellement ce régime : mode de financement, caractère obligatoire ou facultatif, régime d'établissement des tarifs et du paiement des honoraires, procédures de mise en place et d'administration du plan, moyens de contrôle quant à son exécution etc. En plus de la charte de santé présentée par le rapport de la Commission Hall, plusieurs projets de régimes ont été élaborés par divers groupements dont celui du Collège des Médecins et Chirugiens du Québec soumis récemment au gouvernement provincial.

Nous n'entrerons pas dans le commentaire de ces différentes formules. Il reste qu'en tout état de cause, le corps médical doit définir ses attitudes vis-à-vis ce phénomène social imminent et irréversible de la socialisation des soins médicaux. Car ici, il est directement impliqué, que ce soit quant à la détermination des traitements et des conditions de travail des spécialistes à l'intérieur des institutions hospitalières, ou que ce soit quant aux conditions de l'exercice professionnel et à la détermination des tarifs pour les omnipraticiens exerçant en pratique privée.

Dans peut-être aucun pays du monde libre, à notre connaissance, la question des rapports entre les corps médicaux et l'Etat, en régime d'assurance-santé, n'est entièrement réglée. Les remous récents en Belgique et en Saskatchewan, pour ne citer que ces deux cas, indiquent bien que si des problèmes vitaux existent vraiment quant à la réconciliation des exigences fondamentales de la pratique médicale et des impératifs non moins exigeants du contrôle étatique, la médecine « libérale » n'a pas encore capitulé complètement devant l'évolution nécessaire des choses.

Il faut que le corps médical reconnaisse que dorénavant, il ne peut plus décider seul sur l'ensemble des questions auxquelles nous référerions il y a un instant. Il doit accepter de voir l'Etat ou ses organismes, au nom du bien commun, se mêler de plus en plus de questions qui touchent, directement ou indirectement les conditions d'exercice de la profession. Il doit accepter d'en discuter objectivement par la voie de la négociation.

Il est vrai qu'il existe un certain nombre de principes inhérents à l'exercice de la profession médicale, principes irréductibles quant à l'intégrité de cette profession, comme cela existe dans toute profession d'ailleurs. Qu'il nous soit permis, toutefois, de souligner que même ce sanctuaire de l'honneur professionnel peut varier dans ses règles selon les époques et l'évolution des mentalités dominantes qui les accompagnent. Ce qui, par exemple, était considéré comme le minimum acceptable de la part de l'Association médicale mondiale en 1948 (les 12 points de Genève), face à l'assurance-santé, sous la force de l'évolution a été modifié en 1963, et plusieurs points qui prenaient en 1948 l'allure de déclarations « ex cathedra » ont tout simplement été abandonnés ou tout au moins fortement nuancés, telle par exemple la fameuse question de la « rémunération à l'acte ». Le corps médical doit à tout prix éviter tout mélange de règles pratiques d'exercice et de positions philosophiques ou doctrinales dans ses rapports avec les pouvoirs publics et l'ensemble de la communauté.

A cette condition, et à elle seule, la négociation est possible. La négociation, en régime d'économie concertée, ou de services communautaires socialisés, contient à la fois deux aspects qui semblent contradictoires, à première vue, mais qui ne sont que deux facettes, ou plutôt deux phases du même processus : participation, d'une part, et contestation de l'autre. Ces deux aspects ne s'excluent pas, au contraire; ils sont la condition sine qua non de toute planification démocratique.

Le corps médical, comme tout autre corps intermédiaire doit, par ses associations appropriées, participer valablement aux conseils de l'Etat en matière de santé sociale. Une fois la décision politique arrêtée, laquelle appartient de droit à l'Etat, le corps médical doit pouvoir la contester auprès de ce dernier et du public en général s'il estime que des intérêts vitaux d'une saine pratique médicale risquent d'être ruinés. Voilà quant aux décisions d'ordre politique et de caractère communautaire.

Quant à l'éventualité de la négociation des items d'ordre économique ou technique touchant les conditions d'exercice, comment pourrait-elle se faire? Il faut souligner ici que cette négociation, pour les membres du corps médical qui exercent en retour d'honoraires, et qui ne sont pas des salariés au sens strict du mot (omnipraticiens de pratique privée par exemple) ne relève pas du droit du travail traditionnel et n'est donc pas couverte par le Code du travail tel qu'il existe présentement.

UN DROIT DE L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE

Les médecins et leurs organismes de représentation sont appelés à développer pour la première fois chez nous un nouveau droit qui est d'ailleurs connu en France, et que Paul Durand, il n'y a pas si longtemps, a déjà analysé. Selon lui, il s'agirait d'un droit « de l'activité professionnelle », phénomène nouveau se développant en marge du droit du travail classique ou par extension à ce droit.

Les associations médicales négociant avec les caisses d'assurance-santé, c'est la technique de la convention collective appliquée par extension, du domaine de l'industrie et des relations employeurs-salariés, à celui des professions libérales et des relations praticiens-tiers-payants. Une telle transposition des techniques et des institutions, du monde industriel à celui des professions libérales exige le développement d'un corps de droit adapté et résolument novateur dans son esprit et dans son économie même. Par exemple, en ce qui a trait à la reconnaissance des interlocuteurs, à la détermination des unités de négociation, au contenu des conventions collectives, aux modes de réconciliation des conflits, d'intérêt ou de droit, aux sanctions à appliquer en cas d'infraction, etc...

Le monde agricole cherche sa voie vers un droit analogue, présentement, et les solutions ne sont pas faciles.

NÉCESSITÉ DE L'ÉDUCATION SOCIALE

Enfin, non seulement parce que le sujet est à la mode, à l'heure actuelle au Québec, mais à cause même des obligations qui échoient désormais au corps médical, nous aimerions faire état de l'urgence pour lui de mettre un accent très fort sur l'éducation sociale de ses membres.

On a souvent reproché aux médecins, comme à la plupart des professionnels d'ailleurs de vivre dans une tour d'ivoire, et d'être ignorants

des réalités sociales qui les entourent. Le reproche, à notre avis, n'est souvent que trop fondé. L'ignorance engendre les préjugés, et ceux-ci, à leur tour, sont générateurs de conservatisme stérile et de résistance spontanée au changement social. Le romantisme des élites professionnelles doit faire place à un sens de participation aigu à la construction de la « nouvelle société » québécoise.

Maintenant que les intérêts du corps médical ne sont décidément plus vers le repliement dans le vieux prestige professionnel, et que la dure nécessité de la lutte sociale se fait pour lui de plus en plus pressante, l'urgence d'une connaissance plus intime des mécanismes sociaux s'impose d'emblée chez ses membres. Il nous faut reconnaître qu'un tel mouvement d'éducation est déjà très bien amorcé, aussi bien au Collège des médecins lui-même que chez ses associations syndicales les plus dynamiques.

THE MEDICAL PROFESSION AND THE QUEBEC « NEW SOCIETY »

THE NEW SOCIETY

The Quebec scene has undergone many important transformations since the beginning of the century. A rural way of life gave way to the emergence of an urbanized one. This was characterized by a shifting of the population from rural areas to metropolitan centers. The industrialization and urbanization movements came late and without a real participation on our part. They presented a challenge to our old cultural patterns marked by social and moral authoritarianism, non-interventionism, and liberalism as a way of thinking in the realm of public policy. Without having completely discarded a traditional way of thinking, we are awaking to the requirements of a « concerted » economy and this is where the notion of progress takes a true character of actuality. From an economic and technological stand point progress has been made, but we want to draw attention on social progress, that is, a more generalized and better equalized access for all groups to material well-being, knowledge, and maximum happiness.

Those social transformations lead to question preconceived ideas in the fields of manpower policies, income distribution, professional organizations, labour-management relations and public policy.

PROFESSIONAL ASSOCIATIONS AND THE « NEW SOCIETY »

Where do our professional associations fit in this « new society »? We want to deal with this issue before looking at the specific case of the medical profession and socialization of medicine.

In a socialized context, economic partners and functional groupings cannot act according to their sole interests but must structure themselves mentally and organically in order to satisfy as fully as possible the requirements of community policies whose formulation will have been a product of their democratic contribution.

Professional associations as any other intermediary bodies are, by their very nature, « service agencies » as well as « pressure groups ». Therefore, in a socialized context, the order of priority should not be reversed. Those associations should keep on behaving as service agencies first: and as pressure groups, second.

THE MEDICAL PROFESSION IN A SOCIALIZED REGIME

Traditionally, the medical profession has been exercised on a « private basis ». At that time, social security was not existing, and the market for medical cares not regulated. Most of the elements that we use to find in a free enterprise system were present in the exercise of the medical profession. Physicians use to decide the type and quality of services rendered as well as the price to be asked for. This laissez-faire period characterized the exercise of the medical profession. Social assistance, workmen's compensation legislations have been passed without threatening the concept and practice of « liberal medicine ».

However, with the development of scientific knowledge, medical specialties came to the fore. A diversity of interest and even certain oppositions appeared within the medical body. The birth and organization of hospitals and medical centers facilitated the access to medical specialties and created conditions for the exercise of the profession completely different from those previously existing. A creeping change took place in the status of the physician toward the exercise of his profession, the hospital-employer and the client.

HEALTH INSURANCE AND THE MEDICAL PROFESSION

Health insurance is not a new expression. European and North American trade unions, political reformist parties made numerous attempts to get health legislation enacted. In Canada, a Royal Commission was instituted and its report on social security, the Marsh Report, came out in 1943. The members of medical associations showed a great amount of resistance to the possible enacting of those « equalizing » measures. This was also the case for other associations which considered any government attempt to nationalize public services as a threat to the free enterprise system.

However, the economic, structural, and social transformations, the requirements of economic growth, the necessity to live up to this huge aspiration to a shared well-being, the unavoidable socialization of functions, and the State being more and more conscious of its role in such a context have changed the dimensions of the problem. What was a private service under a liberal regime becomes a public service under a socialized one; what was left to private initiative falls now in the realm of government initiative. Manpower, education, and health followed this line of development. With hospitalization insurance and, pretty soon, health insurance, health becomes a public service. Consequently, hospitalization, which

was previously a charitable and private institution, is now a public service, the same reasoning applies also to medical cares. The Province of Quebec was sensitive to those transformations and installed a regime of hospitalization insurance. This scheme arose certain problems.

The Number of Physicians

Facing a growing demand for medical cares, professional associations in collaboration with universities must deploy all necessary efforts to provide the staff of physicians needed, while safeguarding the requirements of competence and integrity.

Medical Unionism

We acknowledge the existence of professional unions of specialists which have lately formed a federation. It is our opinion that trade unionism is the only way to make functional and economic interests prevail, vis-à-vis the State, hospital institutions, and private systems of insurance. The negotiation of working conditions must be done by functional groups other than the corporation itself.

The Medical Profession and Governments

An important question is the nature of the relationships between the medical profession and public powers under a universal health insurance plan instituted by the State. The medical profession must define its attitudes toward the socialization of medical cares, since it is directly involved in the fixation of earning and working condition of specialists doing their work within hospitals and general practitioners working in the field.

The medical profession must acknowledge the impossibility to decide alone on the whole range of problems that we described above. It must accept indirect government intervention in the exercise of the profession. It must accept to discuss objectively by the medium of collective bargaining. The medical profession must avoid to mix practical rules governing the exercise of the profession with doctrinal or philosophical stands in its relationships with public powers and the community as a whole.

To bargain in a « concerted economy » involves different issues : to participate, on one hand; to contest, on the other. As any other intermediary bodies, the medical profession must participate in a worthwhile manner at the policy-formulation stage. Once decisions are made by the State, the medical profession must be able to contest them, whenever it is believed that vital interests bearing on medical practice risk of being destroyed.

A Legislation Pertaining to Professional Activity

Physicians and their representatives are invited to develop a new kind of labour law, already known in France and called « un droit de l'activité professionnelle ». For the time being, medical associations are borrowing from industry and labor-

management relations the techniques of collective bargaining. But such a transfert of techniques and institutions is not sufficient. We need the development of a body of legislation adapted to the requirements of a new situation in which new kinds of organizations are working.

Necessity of Social Education

Since the medical profession has to assume new responsibilities, it must stress the importance of social education for its members. Physicians and other professionals have been accused of living in an ivory tower, far from the emerging reality which surrounds them. The indictment is often well founded. Therefore, it is getting urgent for the medical profession to increase its knowledge of social mechanisms at play within our modern society.