

Recherches sociographiques



Les médecins et la médecine dans les CLSC

Denise Couture

Volume 16, numéro 1, 1975

Sociologie de la santé

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/055678ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/055678ar>

[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. (1975). Les médecins et la médecine dans les CLSC. *Recherches sociographiques*, 16(1), 119–124. <https://doi.org/10.7202/055678ar>

LES MÉDECINS ET LA MÉDECINE DANS LES C.L.S.C. *

Certaines organisations sont créées à coup de loi, à la différence de celles qui naissent pour en quelque sorte exprimer et développer la solidarité préexistante d'un groupe. Surtout dans le cas des premières, il semble inévitable qu'un décalage s'établisse entre le projet du planificateur et les buts poursuivis par les membres œuvrant dans ces organisations. De plus, lorsque certaines portions de la loi demeurent vagues, les membres pourvoient certains aménagements qui peuvent être particulièrement révélateurs de ces buts et de l'optique dans laquelle ces futurs membres sont venus à ces organisations nouvelles.

Ainsi la loi 65, à la suite et en discontinuité avec le rapport Castonguay-Nepveu, a créé le Centre local de services communautaires (C.L.S.C.) qui est :

« ... une installation autre qu'un cabinet privé de professionnel où on assure à la communauté des services de prévention et d'action sanitaires et sociales, notamment en recevant ou visitant les personnes qui requièrent pour elles ou leurs familles des services de santé ou des services sociaux courants, en leur prodiguant de tels services, en les conseillant ou, si nécessaire, en les dirigeant vers les établissements les plus aptes à leur venir en aide. »¹

La recherche qui sera présentée dans cette note ne vise pas à mettre en évidence la nature du décalage entre le rapport Castonguay-Nepveu et la loi 65 d'une part, et les divers C.L.S.C. existant dans la province de Québec d'autre part. Elle vise plutôt à repérer quelle réalité ont construite les médecins qui travaillent dans des C.L.S.C., étape nécessaire mais insuffisante en elle-même à montrer ce décalage.

Plus précisément, la problématique de la recherche effectuée dans cette nouvelle organisation qu'est le C.L.S.C., est la suivante : explorer quels types de médecins — non pas leurs motivations psychologiques — sont les pionniers de cette nouvelle organisation et aussi en retour quelles influences cette nouvelle organisation peut exercer sur la définition de la profession de médecin. Il est en effet difficile de savoir si la définition de la médecine et de la santé construite et

* Cette recherche a été rendue possible grâce au Conseil des Arts et à l'Association canadienne des professeurs d'universités. Je tiens à remercier aussi les professeurs Oswald Hall et Robin Badgley de l'Université de Toronto, le professeur Pierre Laporte de l'Université de Sherbrooke et le professeur Alfred Dumais de l'Université Laval, pour leur aide précieuse dans cette recherche.

1. Loi sur les Services de santé et les Services sociaux.

présentée par les médecins travaillant en C.L.S.C. est d'abord le résultat d'attitudes, de croyances et d'opinions que ces médecins avaient avant même de commencer à y travailler (les médecins qu'on y rencontrerait auraient donc déjà été l'objet d'une première sélection) ou surtout le résultat de l'influence de la structure même de l'organisation sur ces médecins². Sans que cela ne doive indiquer une prise de position nette et tranchée sur la question de l'origine de cette définition, cette recherche s'inspire plus de la seconde perspective que de la première. Elle suit en cela la thèse défendue par Eliot Freidson : la pression de la situation, la structure de l'organisation dans laquelle le travail est exécuté, ont plus d'importance, d'influence sur le comportement que l'expérience de socialisation (le cours en médecine) vécue par le néophyte avant qu'il ne commence à travailler³.

Le matériel utilisé pour construire une interprétation de la situation des médecins en C.L.S.C. est celui-ci : des entrevues individuelles d'une durée approximative d'une heure et demie avec vingt et un omnipraticiens (hommes et femmes) ayant travaillé dans des C.L.S.C. pour des périodes variant de quelques mois à plus d'un an⁴. Ces entrevues furent réalisées au cours du mois de septembre 1974 aux endroits suivants : Québec et ses environs (un rayon d'à peu près cinquante milles); Montréal et ses environs; Sherbrooke. Un total de huit C.L.S.C. Le choix des informateurs n'a pas été le résultat d'un échantillonnage mais plutôt celui de considérations d'ordre pratique (temps, argent, moyens de transport, entre autres.) Il est donc impossible de généraliser à partir des résultats découverts. Enfin cette note représente seulement une première lecture et une analyse partielle du matériel.

Les entrevues

Pour retrouver cette définition de la médecine et de la santé construite par les médecins en C.L.S.C., le schéma d'entrevue a été élaboré autour de la notion d'autonomie qui semble être au cœur même de la définition de professionnel⁵. Cette autonomie peut se manifester de diverses façons : la possession exclusive par le professionnel des outils nécessaires à l'exécution de son travail; la subordination du personnel engagé pour faciliter la pratique de la profession; un droit de regard quasi total sur celui qui consulte le professionnel (le client); la définition unilatérale du contenu du travail; la définition unilatérale du territoire de la médecine par rapport à celui d'autres occupations ou professions (travailleur social, animateur communautaire, psychologue, etc.).

2. J'entends par « structure », entre autres, un plan prémédité, explicite et contraignant quant à l'affectation du temps, de l'espace, des ressources matérielles, monétaires et autres à la définition des rapports entre les membres et avec l'extérieur, etc.

3. Voir, par exemple : Eliot FREIDSON, *Profession of Medicine. A Study of the Sociology of Applied Knowledge*, New York, Dodd, Mead & Co, 1972, pp. 4-5.

4. Avoir fixé une période de travail précise (par exemple, 8 mois) aurait éliminé des sujets d'entrevue, sujets qui sont d'ailleurs peu nombreux étant donné le très faible nombre d'omnipraticiens qui travaillent dans les C.L.S.C. à l'heure actuelle. Ce manque de contrôle sur la variable du temps est peut-être une difficulté inhérente à toute recherche qui porterait sur les débuts d'une nouvelle organisation, sur ses pionniers; cette difficulté est amoindrie dans le cas d'une organisation fermement établie ou bien rodée.

5. Voir : E. FREIDSON, *op. cit.*, pp. 71-84.

Les entrevues portaient donc sur des sujets comme ceux-ci : l'organisation du temps du médecin ; la définition de ses tâches proprement médicales ; l'utilisation de l'équipement médical ; le mode de rémunération ; la répartition des tâches entre le médecin et les autres membres du personnel médical ; les relations avec les autres médecins du C.L.S.C., s'il y a lieu ; ses relations avec les membres des autres secteurs du C.L.S.C. (social et communautaire), s'il y a lieu ; ses relations avec la direction ; ses relations avec les patients ; la signification de son travail au C.L.S.C. pour l'ensemble de sa carrière médicale et pour ses rapports avec la confrérie des médecins.

Mais avant de dégager quelques interprétations des propos tenus sur ces sujets, il faudrait mentionner un élément de contexte dans lequel se sont déroulées ces entrevues. Il s'agit de l'atmosphère de conflit et de tension dans laquelle vivent la plupart des médecins de C.L.S.C. (surtout ceux qui sont rémunérés à salaire). Cette atmosphère s'est manifestée de deux façons principales. Premièrement, ces médecins ont été et sont l'objet de pressions de la part des représentants officiels des omnipraticiens, la F.M.O.Q. (Fédération des médecins omnipraticiens du Québec). Dans de telles circonstances, ils ont développé une attitude polémique ; il n'est donc pas nécessaire de les interroger très longuement pour les entendre comparer leur situation avec celle de l'omnipraticien en pratique privée. Ils ont élaboré des arguments qui se répètent au cours des entrevues, arguments qui répondent un à un aux attaques de la F.M.O.Q. mais qui, ensemble, n'arrivent pas à former un tout très cohérent. Quelques fois, ils voient même les questions posées comme des pièges dans lesquels leurs adversaires aimeraient les voir tomber et qu'ils tentent de désamorcer. Deuxièmement, les C.L.S.C., nés à la suite du rapport Castonguay-Nepveu, sont censés représenter une nouvelle conception de la santé, de la maladie et par conséquent de la médecine. Entre les grands principes énoncés pour construire cette nouvelle médecine (médecine globale, médecine préventive, niveau de santé d'une population, etc.), et la routine des tâches exécutées quotidiennement, il se glisse des écarts qui placent le médecin croyant aux premiers et vivant les deuxièmes, dans une position difficile à tenir. La définition de ses rapports avec l'infirmière qui, idéalement, est une « professionnelle de la santé » à part égale, est, à cet égard, particulièrement problématique. Ainsi l'utilisation de termes comme « personnel para-médical » ou « professionnels de la santé » dans les questions posées, donne lieu à des réactions vives selon que le médecin croit ou non à cette idéologie égalitaire : dans le premier cas, le premier terme sera interprété comme péjoratif ; dans le second cas, le second terme sera interprété comme une insulte à la dignité professionnelle. Bref, dans une atmosphère aussi tendue, il était normal qu'on tente d'utiliser l'entrevue comme un outil dans une lutte plus globale, une occasion de promouvoir le C.L.S.C. et un certain genre de médecine, ou de les détruire. Cela ne va pas sans poser des difficultés au moment de l'analyse.

Le C.L.S.C. comme lieu d'apprentissage de la médecine

Pour la plupart des médecins interviewés, le travail au C.L.S.C. est une étape de la carrière médicale qui suit immédiatement la fin de l'internat ou l'interruption d'une résidence. (Il ne faut pas oublier que les C.L.S.C. ont de sérieuses difficultés de recrutement.) Il s'agit donc d'une première expérience de

travail. Cela explique sans doute l'accent qui a été mis sur les aspects suivants : — la nécessité pour le médecin de voir la plus grande variété de cas possibles, de ne pas se limiter à une espèce de cas, de demeurer « polyvalent » ; — l'intérêt de recevoir des rapports complets et détaillés de la part des spécialistes auxquels des patients ont été référés, rapports qui permettent de juger si le premier diagnostic de l'omnipraticien était valable ou non, et d'apprendre davantage sur le traitement d'un tel cas ; — les échanges fréquents (surtout dans les C.L.S.C. où des groupes d'étudiants de la même université et du même niveau de scolarité ont été engagés en même temps) à propos de cas de maladies plus difficiles ou plus intéressants ; ces échanges permettent sans doute de donner une sécurité au jeune médecin qui a peu d'expérience clinique et qui ne se sent pas en situation de rivalité vis-à-vis de confrères de niveau qu'il juge égal au sien. Le C.L.S.C. serait donc un lieu où le médecin fait une première expérience autonome de la pratique médicale, souvent dans une atmosphère de compagnonnage par opposition à une atmosphère de dépendance vis-à-vis l'autorité d'un patron, atmosphère qui a été la cause de l'interruption de la résidence pour quelques-uns, ou à une atmosphère de compétition caractéristique de la pratique privée ou de la polyclinique. Le C.L.S.C. serait un lieu très convenable pour cette première expérience étant donné que le médecin ne doit y faire aucun investissement financier : les locaux, l'équipement et le personnel lui sont fournis ; ni y consacrer tout son temps pour arriver à se bâtir une clientèle : la plupart des médecins étant rémunérés à salaire, ils reçoivent le même montant quel que soit le nombre d'actes médicaux posés.

La médecine comme un métier

Tous ces éléments, i.e. le jeune âge des médecins, l'engagement de groupes de médecins, le manque d'attachement à une clientèle, l'absence d'investissement, le nombre d'heures de travail par semaine, contribuent, semble-t-il, à établir une nouvelle image de la médecine. En effet, au lieu d'être une vocation qui constitue le cœur même de la vie du médecin, qui détermine le reste de ses activités, la médecine devient un métier, une activité qui permet de gagner sa vie tout en laissant suffisamment de temps et d'énergie au médecin pour s'intéresser à autre chose. Le C.L.S.C. contribue, semble-t-il, à faire de la pratique de la médecine, une occupation qui permet une plus grande mobilité. Ainsi il permet à l'interne, incertain de son choix entre la médecine générale et la spécialisation, de travailler pour un certain temps en pratique générale sans y être lié. De même pour le jeune médecin qui désire voyager pendant quelques années ou pour celui qui désire faire autre chose que de la médecine au cours de sa vie. Pour certains, le terme de « carrière » a même semblé désuet.

La médecine comme définition de la santé et de la maladie

L'autonomie de la profession médicale ne se définit pas, dans une organisation comme le C.L.S.C., par le fait d'être son propre patron, de posséder son propre équipement, d'engager ses employés, de bâtir sa propre clientèle ; elle est dépouillée de ces éléments. Ces médecins qui font leur première expérience de travail ne renoncent cependant pas au droit exclusif que leur donne leur « compétence », de définir la santé et la maladie. Cela est particulière-

ment visible dans la description de leurs rapports avec les travailleurs sociaux, les travailleurs communautaires, le directeur, etc. Celle-ci donne à penser que la conception de la santé, comme une composante intrinsèquement liée à d'autres éléments du développement d'une société, est à peu près absente chez les médecins de C.L.S.C. Il semble y avoir juxtaposition des divers services offerts par le C.L.S.C. plutôt qu'intégration véritable en vue d'une action commune et coordonnée dans un milieu. Certes on réfère des patients qui ont des problèmes à « dimension psycho-sociale » ; le fait que travailleurs sociaux et autres professionnels partagent le même espace physique que le médecin, facilite ce genre de références. Mais de même que le médecin ne s'ingère pas dans le travail des autres, ainsi s'attend-il à ce que les autres ne le fassent pas. À une ou deux exceptions près, la médecine pratiquée n'est pas une médecine communautaire, mais une médecine individuelle qui s'occupe des individus qui atteignent le bureau du médecin et qui consent à être complétée par le travail de psychologues, travailleurs sociaux et autres.

Il sera intéressant de voir comment une « zone grise » comme la prévention sera ou non médicalisée dans l'élaboration des divers programmes de prévention que certains C.L.S.C. essaient de mettre sur pied.

Il ne faudrait pas terminer cette section sans avoir mentionné le désir d'aventure, le défi de l'ordre établi, la recherche de l'innovation, l'altruisme qui sont présentés par certains médecins comme étant des moteurs de leur décision de travailler dans un C.L.S.C. Sans nier leur authenticité, il s'agissait d'aller au-delà de ces motivations pour découvrir et interpréter la situation créée par ces nouveaux médecins en action.

L'avenir des C.L.S.C.

Si le C.L.S.C. est une organisation convenable pour un jeune médecin en début de carrière, sera-t-il aussi une organisation où les omnipraticiens seront intéressés à pratiquer la médecine pendant un bon nombre d'années? Qu'arrivera-t-il une fois que les contrats de service d'une durée d'un ou deux ans seront échus? Étant donné la tendance qu'ont la plupart des médecins à expliquer les difficultés du C.L.S.C. en termes de personnalités plutôt qu'en termes de définitions de fonctions et de relations entre ces fonctions, étant donné aussi que l'organisation n'offre pas de possibilités d'avancement (autres que monétaires) en son sein même, deux situations pourraient vraisemblablement se produire, dépendant des possibilités de recrutement: 1) dans le cas où le recrutement serait facile, il y aurait un roulement du personnel médical assez élevé ce qui pourrait être un handicap pour la réalisation d'actions à long terme dans un milieu; 2) si le recrutement est difficile, les médecins seront en position de faire valoir plus facilement leur définition de la situation, possibilité plus probable dans les C.L.S.C. installés dans des endroits relativement isolés qui bénéficieraient de peu ou pas de services médicaux avant leur établissement.

Un autre aspect de l'avenir des C.L.S.C. a trait à la qualité de la médecine qui y est pratiquée. À travers les échanges plus ou moins fréquents que les médecins ont sur divers cas de maladies, à travers, à quelques endroits, les mécanismes de revue des dossiers, à travers des périodes de lectures d'articles scientifiques incorporées dans l'horaire même du médecin, il est fort probable que la médecine pratiquée en C.L.S.C. est d'une qualité autre que celle pratiquée

par le médecin moyen en solo. Mais le fait d'engager dans un même C.L.S.C. des étudiants ayant été formés dans une même Faculté, ayant fait leur internat dans un même hôpital, ne peut-il pas contribuer à l'établissement de cercles de pratique médicale de qualité inégale, d'un C.L.S.C. à l'autre? Même si les médecins interviewés semblent disposés à s'ouvrir et à ouvrir leurs dossiers pour leurs confrères — ils sont cependant réticents à dire s'ils sont en mesure ou non d'évaluer la compétence de leurs confrères, ceci demeurant une pratique qui est contre l'éthique professionnelle — ne serait-il pas bon qu'un agent extérieur au C.L.S.C. puisse aussi évaluer la qualité des actes médicaux posés?

Il ne s'agit que de deux éléments de la situation actuelle des médecins en C.L.S.C. qui peuvent donner lieu à des considérations sur l'avenir des C.L.S.C. ; il y en a bien d'autres qui ne sont pas abordés dans cette note.

*
* *
*

Il faudrait rappeler que cette note ne visait à présenter qu'une première analyse de certaines parties du matériel recueilli ; l'interprétation de celui-ci pourra suivre des axes différents au fur et à mesure que l'examen sera poursuivi et approfondi.

Ce genre de recherche sur les débuts d'une organisation semble assez cahotique dans le sens où plusieurs variables sont difficilement contrôlables étant donné cette situation de début. Mais je crois qu'il peut être utile non seulement pour mettre en évidence cet écart entre le projet et l'action, mais aussi pour expliquer le développement futur de l'organisation.

Denise COUTURE

*Département de sociologie,
Université de Toronto,
Université Laval.*