

Recherches sociographiques



Les médecins du Québec (1940-1970)

Gilles Dussault

Volume 16, Number 1, 1975

Sociologie de la santé

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/055675ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/055675ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Département de sociologie, Faculté des sciences sociales, Université Laval

ISSN

0034-1282 (print)

1705-6225 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Dussault, G. (1975). Les médecins du Québec (1940-1970). *Recherches sociographiques*, 16(1), 69–84. <https://doi.org/10.7202/055675ar>

Article abstract

Les réformes entreprises dans le secteur de la santé, au cours des quinze dernières années au Québec, ont souvent été l'occasion de faire apparaître la profession médicale au premier plan de l'actualité. Par leurs organisations professionnelles, les médecins ont exprimé leurs vues sur les questions reliées à la distribution des soins médicaux, que ce soit devant des commissions d'enquête, dans des colloques ou des congrès ; leurs négociations, avec le gouvernement, des modalités de leur participation aux différents régimes d'assurance des soins de santé ont plus d'une fois fait la manchette des journaux; des actions plus spectaculaires comme la grève des radiologistes en 1967 ou celle des spécialistes au moment même de l'entrée en vigueur du plan québécois d'assurance-maladie sont connues de tous.

Malgré cette présence régulière sur la scène publique, la profession médicale reste un groupe occupationnel dont on ne connaît guère l'évolution récente. De ce groupe impliqué au plus haut point dans le réaménagement du domaine de la santé, nous savons bien peu de choses sur les transformations qu'il a connues depuis la dernière guerre. On sait bien que le vieux médecin de famille, à la fois conseiller, confident et thérapeute, est un personnage qui appartient au passé : il a cédé sa place au spécialiste qu'on va voir à l'hôpital, non sans avoir pris la précaution de prendre rendez-vous plusieurs jours à l'avance. On a vu aussi apparaître, aux côtés du vénérable Collège des médecins, des syndicats médicaux. Ce qui nous laisse supposer que la profession médicale a subi de profonds changements, elle en qui on a toujours vu le modèle idéal de la « profession libérale ».

Ce sont ces phénomènes de la spécialisation de la profession médicale et de sa syndicalisation qui vont retenir notre attention ici. Nous tenterons de les caractériser l'un et l'autre et d'en dégager les effets sur la profession ; également nous tenterons d'éclairer à l'aide de cette analyse, l'idéologie ainsi que les stratégies des médecins dans le débat sur la question de l'assurance des soins de santé.

Il nous apparaît essentiel, pour la compréhension de l'évolution globale du champ de la santé au Québec, de mieux connaître ce groupe occupationnel qui a toujours joué un rôle de premier plan en matière de distribution de soins. Nous avons choisi de limiter notre analyse à la période 1940-1970; ces trois décennies semblent constituer une « époque » dans l'évolution de la profession médicale.

Cette époque, c'est celle qui marque la rupture avec la vieille tradition de libéralisme chez les médecins et celle de l'apparition de changements majeurs dans le secteur de la santé; la mise en vigueur d'un régime public d'assurance-maladie constitue provisoirement une sorte d'aboutissement aux réformes amorcées depuis plusieurs années. Pour caractériser ces trente années, nous pourrions dire qu'elles voient le passage d'une médecine « libérale » à une médecine « organisée ».

LES MÉDECINS DU QUÉBEC (1940-1970)

Les réformes entreprises dans le secteur de la santé, au cours des quinze dernières années au Québec, ont souvent été l'occasion de faire apparaître la profession médicale au premier plan de l'actualité. Par leurs organisations professionnelles, les médecins ont exprimé leurs vues sur les questions reliées à la distribution des soins médicaux, que ce soit devant des commissions d'enquête, dans des colloques ou des congrès; leurs négociations, avec le gouvernement, des modalités de leur participation aux différents régimes d'assurance des soins de santé ont plus d'une fois fait la manchette des journaux; des actions plus spectaculaires comme la grève des radiologistes en 1967 ou celle des spécialistes au moment même de l'entrée en vigueur du plan québécois d'assurance-maladie sont connues de tous.

Malgré cette présence régulière sur la scène publique, la profession médicale reste un groupe occupationnel dont on ne connaît guère l'évolution récente. De ce groupe impliqué au plus haut point dans le réaménagement du domaine de la santé, nous savons bien peu de choses sur les transformations qu'il a connues depuis la dernière guerre. On sait bien que le vieux médecin de famille, à la fois conseiller, confident et thérapeute, est un personnage qui appartient au passé: il a cédé sa place au spécialiste qu'on va voir à l'hôpital, non sans avoir pris la précaution de prendre rendez-vous plusieurs jours à l'avance. On a vu aussi apparaître, aux côtés du vénérable Collège des médecins, des syndicats médicaux. Ce qui nous laisse supposer que la profession médicale a subi de profonds changements, elle en qui on a toujours vu le modèle idéal de la « profession libérale ».

Ce sont ces phénomènes de la spécialisation de la profession médicale et de sa syndicalisation qui vont retenir notre attention ici. Nous tenterons de les caractériser l'un et l'autre et d'en dégager les effets sur la profession; également nous tenterons d'éclairer à l'aide de cette analyse, l'idéologie ainsi que les stratégies des médecins dans le débat sur la question de l'assurance des soins de santé.

Il nous apparaît essentiel, pour la compréhension de l'évolution globale du champ de la santé au Québec, de mieux connaître ce groupe occupationnel qui a toujours joué un rôle de premier plan en matière de distribution de soins.

Nous avons choisi de limiter notre analyse à la période 1940-1970; ces trois décennies semblent constituer une « époque » dans l'évolution de la profession médicale.

Cette époque, c'est celle qui marque la rupture avec la vieille tradition de libéralisme chez les médecins et celle de l'apparition de changements majeurs dans le secteur de la santé; la mise en vigueur d'un régime public d'assurance-maladie constitue provisoirement une sorte d'aboutissement aux réformes amorcées depuis plusieurs années. Pour caractériser ces trente années, nous pourrions dire qu'elles voient le passage d'une médecine « libérale » à une médecine « organisée ».

1. LA SPÉCIALISATION DES EFFECTIFS MÉDICAUX

Avant d'aborder directement la question de la spécialisation des effectifs médicaux, considérons l'évolution de la population médicale totale, comme pour fabriquer une toile de fond qui mettra en relief le phénomène qui nous intéresse.

Le tableau I nous montre que l'accroissement des effectifs médicaux s'est fait plus rapide à partir de 1941: jusque là, la population médicale augmentait sensiblement au même rythme que la population totale. On voit d'ailleurs que

TABLEAU I

Effectifs médicaux du Québec (1911-1971)

	Nombre de médecins	Population du Québec	Rapport médecin-population ¹
1911	2,000	2,002,172	1; 1,003
1921	2,216	2,361,199	1; 1,065
1931	2,747	2,874,255	1; 1,046
1941	3,162	3,331,882	1; 1,054
1951	4,097	4,055,681	1; 990
1961	6,167	5,259,211	1; 853
1971	7,945 ^a	6,027,764 ^b	1; 758

SOURCE: Recensements du Canada, de 1911 à 1961.

^a SOURCE: R.A.M.Q., *Rapport annuel*, 1971, tableau I.

^b SOURCE: *Annuaire du Québec*, 1973, p. 177.

1. Pour le calcul de ce rapport, on inclut tous les médecins, y compris ceux qui sont retraités, fonctionnaires, etc.

le rapport médecin-population varie peu de 1911 à 1941 et que dans les trois décennies subséquentes des augmentations d'effectifs de 30%, 50% et 28% successivement ramènent ce rapport de 1 ; 1,054 qu'il était en 1941 à environ 1 ; 750 en 1971 ; un tel taux de densité médicale de moins de 1 médecin pour 800 habitants est considéré comme satisfaisant et se compare à celui de la plupart des pays industrialisés.

Mais comme il ne s'agit là que d'une statistique globale, qui ne rend pas compte, entre autres choses, des disparités régionales en termes de distribution géographique des effectifs médicaux, il faut apporter des nuances en examinant cette distribution géographique.

Le tableau 2, qui reconstitue l'évolution de la population médicale par région administrative, fait apparaître de telles disparités régionales. L'écart entre les régions urbanisées et les autres est manifeste : avec la région de Montréal qui regroupe la majorité des médecins du Québec et qui est la plus avantagée proportionnellement, les régions de Québec, de Trois-Rivières et des Cantons de l'Est forment un groupe à part. Elles forment un axe urbain qui va de Québec à Montréal, dont le pouvoir d'attraction sur la population médicale est nettement plus élevé ; l'amélioration continue de leurs taux de densité médicale le prouve.

Les régions plus éloignées et moins urbanisées n'ont pu, depuis 1941, malgré des accroissements d'effectifs, réduire de façon sensible l'écart qui les sépare des régions de l'axe Québec-Montréal ; le cas de la région du Saguenay-Lac Saint-Jean fait exception ; avec un développement industriel intense et surtout grâce à la présence d'un hôpital universitaire à Chicoutimi, cette région a pu attirer plus de médecins. Par contre, le Nord-Ouest québécois a vu sa situation se détériorer de façon dramatique.

Ce qui étonne à la lecture du tableau 2, c'est le fait qu'en dépit d'un accroissement de 150% des effectifs médicaux au cours des trois dernières décennies, l'écart, qui existait déjà en 1941, entre les régions plus urbaines et les régions éloignées des grands centres, n'a pu être réduit. Des régions comme celles du Bas Saint-Laurent, de la Côte-Nord ou du Nord-Ouest font figure de parents pauvres en matière d'accès aux soins médicaux dans une province qui présente un taux de densité médicale moyen normal.

La spécialisation du corps médical n'est pas étrangère à ce fait. Mais d'abord voyons l'ampleur qu'a prise le phénomène :

En regardant ces données, on peut parler de spécialisation massive de la population médicale. Une transformation aussi rapide n'est pas sans effet sur la distribution des soins.

Né des développements spectaculaires de la science médicale à l'époque de la dernière guerre, ce mouvement de spécialisation a suscité de nombreux nouveaux besoins en ressources humaines et matérielles. Ces ressources n'existant pas en quantité illimitée, seuls les hôpitaux importants purent

TABLEAU 2
*Effectifs médicaux par région administrative
 1941-1971^a*

RÉGION ADMINISTRATIVE	1941 ^b MD ¹ RMP	1951 ^c MD RMP	1961 ^d MD RMP	1971 ^e MD RMP
1. Bas-St-Laurent Gaspésie	94 1; 2,064	110 1; 2,010	143 1; 1,721	144 1; 1,645
2. Saguenay Lac St-Jean	68 1; 2,106	123 1; 1,604	201 1; 1,306	223 1; 1,119
3. Québec	520 1; 1,206	749 1; 902	971 1; 885	1,350 1; 700
4. Trois-Rivières	204 1; 1,413	274 1; 1,265	319 1; 1,277	383 1; 1,091
5. Cantons de l'Est	140 1; 1,075	158 1; 1,149	230 1; 915	330 1; 680
6. Montréal	1,919 1; 859	2,563 1; 793	3,580 1; 785	5,237 1; 653
7. Outaouais	66 1; 2,145	93 1; 1,826	111 1; 1,899	144 1; 1,720
8. Nord-Ouest	80 1; 1,352	82 1; 1,725	94 1; 1,784	78 1; 2,140
9. Côte-Nord	16 1; 1,839	17 1; 2,510	37 1; 2,214	53 1; 2,100
10. Nouveau-Québec	—	—	1	3 1; 4,000

^a La division du territoire québécois en régions administratives ne datant que de 1965, nous avons reconstitué la distribution géographique des effectifs médicaux pour 1941, 1951 et 1961 à l'aide des annuaires et bottins médicaux et bottins médicaux et du Répertoire des municipalités.

^b SOURCE : Collège des médecins et chirurgiens de la Province de Québec, *Annuaire médical*, 1941-42.

^c SOURCE : Collège des médecins et chirurgiens de la Province de Québec, *Bottin médical*, 1951.

^d SOURCE : Collège des médecins et chirurgiens de la Province de Québec, *Bottin médical*, 1961.

^e SOURCE : R.A.M., 2^e *Rapport annuel*, 1971, tableau I.

1. MD : médecins

RMP : rapport médecin-population

TABLEAU 3

*Effectifs médicaux au Québec (1951-1971):
spécialistes, non-spécialistes.¹*

	1951	1961	1971 ^a
Spécialistes	906 (.225)	2,443 (.397)	4,319 (.544)
Non-spécialistes ²	3,191 (.775)	3,724 (.603)	3,626 (.456)

1. Si nous n'incluons pas 1941, c'est justement qu'à cette époque on ne tenait pas compte du phénomène de la spécialisation dans les statistiques.
2. Cette catégorie inclut les omnipraticiens et les résidents.

SOURCE: S. JUDEK, *Les effectifs médicaux du Canada*, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964, p. 356.

^a SOURCE: R.A.M.Q., *3^e Rapport annuel* (Statistiques), p. 56.

satisfaire les besoins en équipement et en personnel qualifié nouvellement créés par une médecine plus technique. Il allait de soi également que ces hôpitaux servent à la formation des futurs spécialistes.

Il s'en est suivi une concentration des effectifs spécialisés dans les centres urbains autour des grands hôpitaux et des facultés de médecine. Ce qui a rendu la réduction des écarts entre les régions favorisées et les régions qui le sont moins, encore plus difficile; en plus, l'accès aux soins spécialisés a lui-même été rendu plus déséquilibré, à cause de cette concentration des spécialistes en milieu urbain. (Voir le tableau 4.) Si on regroupe les régions 3, 4, 5 et 6, on

TABLEAU 4

Omnipraticiens et spécialistes, par région administrative, 1971.

RÉGION ADMINISTRATIVE	OMNIPRATICIENS		SPÉCIALISTES	
	MD ¹	RMP	MD	RMP
1. Bas-St-Laurent-Gaspésie	80	1; 2,954	64	1; 3,692
2. Saguenay-Lac St-Jean	97	1; 3,045	126	1; 2,344
3. Québec	645	1; 1,508	705	1; 1,380
4. Trois-Rivières	186	1; 2,379	197	1; 2,246
5. Cantons de l'Est	132	1; 1,760	198	1; 1,173
6. Montréal	2 311	1; 1,544	2 926	1; 1,218
7. Outaouais	88	1; 2,805	56	1; 4,408
8. Nord-Ouest	44	1; 3,739	34	1; 4,838
9. Côte-Nord	41	1; 3,127	12	1; 10,684
10. Nouveau-Québec	2	1; 5,969	1	1; 11,937

SOURCE: R.A.M.Q., *2^e Rapport annuel*, 1971, tableaux 1 et 2.

1. MD : Médecins

RMP: Rapport médecin-population

constate, en effet, qu'en 1971 elles comptaient 93.2% des allergistes, 94% des cardiologues, 86.4% des chirurgiens généraux, 95.7% des gynécologues, 97.9% des neurologues, 94% des ophtalmologues, 93.3% des pédiatres et 94.8% des psychiatres.¹

Mais la spécialisation de la profession médicale n'a pas eu pour seul effet que d'accroître la concentration urbaine des effectifs médicaux. Elle a aussi des conséquences économiques importantes; les coûts des services de santé ont connu en même temps un accroissement spectaculaire, à tous les niveaux: formation de médecins et de personnel auxiliaire, équipements hospitaliers, tarifs d'honoraires, etc. Ceci a posé de façon brutale le problème de l'assurance contre les frais d'hospitalisation et de services médicaux et a contribué à accélérer l'intervention de l'État en cette matière.

Pour ce qui est de ses effets sur la profession elle-même, la spécialisation a d'abord brisé ce que nous appellerions l'homogénéité du corps médical. En effet, on peut dire que jusqu'aux années 1940, le corps médical formait un ensemble relativement homogène; les médecins, en grande majorité, pratiquaient leur métier de la même façon, dans des conditions relativement semblables; ils recevaient tous une formation à peu près équivalente et leurs problèmes tout comme leurs intérêts professionnels étaient sensiblement les mêmes.

La spécialisation a cependant engendré un processus de différenciation qui a fait éclater cette homogénéité. De nouveaux types de pratique sont apparus, correspondant à des modes de formation et à des niveaux de connaissance différents. Il s'est établi une distinction nette entre spécialistes et non-spécialistes; à l'intérieur même de la catégorie « spécialiste », un grand nombre de sous-groupes sont apparus. Il y a donc maintenant plusieurs catégories de médecins contrairement à la situation d'il y a trente ans à peine.

La spécialisation a également contribué à la création d'une nouvelle hiérarchisation au sein de la profession médicale. De nouveaux rapports d'autorité sont apparus au sein du groupe des médecins; alors qu'auparavant c'étaient l'expérience et les habiletés développées au fil des années qui fondaient les rapports d'autorité, ce sont maintenant le niveau de formation, et le degré de spécialisation qui remplissent cette fonction.

Les nouveaux spécialistes ont eu vite fait de réclamer, au nom de leur formation prolongée et des performances qu'elle leur permet, une autorité accrue sur la pratique médicale, de même qu'un statut plus élevé au sein de la profession. Cela s'est traduit par des tarifs d'honoraires plus élevés que ceux des non-spécialistes, des disponibilités d'équipement et de personnel plus grandes, une autorité presque entière à l'hôpital, etc. Les rapports entre spécialistes et non-spécialistes sont vite apparus comme des rapports de supérieurs à subordonnés; la cohabitation paisible des deux groupes est devenue évidemment de plus en plus difficile. Vers la fin des années 1950, les omnipraticiens ont

1. R.A.M.Q., *Statistiques annuelles*, 1971, p. 59.

commencé à réagir contre la dégradation de leur statut au sein du corps médical et ont amorcé un mouvement de regroupement de leurs forces, ce qui devait conduire, quelques années plus tard, au syndicalisme médical ; et on peut dire que l'organisation des omnipraticiens et des spécialistes en groupes syndicaux autonomes et distincts concrétise cet éclatement de la profession.

II. LA SYNDICALISATION DES MÉDECINS

La venue du syndicalisme professionnel constitue certes le point tournant dans l'évolution de l'organisation professionnelle des médecins au Québec. En brisant une tradition corporative plus que centenaire, les omnipraticiens, en 1962, ont introduit un nouveau mode d'organisation qui depuis est devenu dominant dans la profession médicale.

Si à peu près tous les médecins sont syndiqués aujourd'hui, ce n'est cependant pas dans les mêmes circonstances ni pour les mêmes raisons que les deux principaux groupes, omnipraticiens et spécialistes, ont eu recours au syndicalisme professionnel.

Depuis 1847, les médecins étaient regroupés en corporation professionnelle ; le Collège des médecins et chirurgiens de la Province de Québec était le premier organisme du genre. Rappelons-en les principales caractéristiques : d'abord, il faut signaler qu'en tant que corporation professionnelle, le Collège n'existe pas en vertu de la volonté de ses membres, mais en vertu de celle du législateur ; l'État en lui donnant ce statut, lui confie les responsabilités de la protection du public en matière de soins de santé et lui octroie les pouvoirs nécessaires à cet effet.

Ces responsabilités sont, en gros, « d'organiser et de diriger l'enseignement et l'exercice de la médecine » et de réprimer l'exercice illégal de la médecine.

À ces responsabilités correspondent les pouvoirs de réglementer les études médicales, d'émettre des permis d'exercice de la médecine et de prendre des mesures disciplinaires à l'égard des médecins.

Le collège constitue donc une corporation fermée (avec contrôle du titre et de l'exercice) dont les pouvoirs, en matière de pratique médicale, sont entiers ; avec lui, l'acte médical est sous surveillance médicale.

Cette autorité, que le Collège des médecins tient de la loi qui l'a créé en 1847, est restée quasi intacte depuis cent vingt-cinq ans ; le texte actuel de la loi médicale reconnaît tout autant de pouvoirs au Collège, sur la pratique médicale, qu'à l'époque de sa fondation.

Ce qui a changé, depuis une trentaine d'années, c'est le type de leadership qu'il exerçait sur l'ensemble du domaine de la santé ; dans les cadres d'une pratique médicale peu technique et d'un système de distribution des soins de type libéral, les médecins définissaient seuls la situation dans le secteur de la santé. Par leur corporation, ils pouvaient exercer l'autorité sur tout ce qui

touchait la santé, d'autant plus que cette corporation était reconnue, par les médecins et par le public, comme la représentante de la profession médicale.

En occupant ainsi toute la place, le Collège jouait en fait deux rôles : celui de protecteur du public et celui de défenseur des intérêts des médecins.

D'une part, la société reconnaissait que le domaine de la santé lui appartenait en propre et, de l'autre, il parvenait à concilier les intérêts de l'ensemble des médecins ; ce qui rendait conciliables ses deux rôles.

Mais, comme nous l'avons signalé, la spécialisation de la profession médicale a été, à la fois, à la source de l'accroissement considérable des coûts de la distribution des soins et à l'origine du fractionnement du corps médical en sous-groupes dont les intérêts divergeaient. Comme quoi, le Collège des médecins vit, en même temps, l'État menacer son autorité sur le domaine de la santé par sa volonté d'intervention par des régimes d'assurance, et l'apparition de dissensions parmi les médecins, réduire sa capacité de concilier les intérêts de l'ensemble de la profession.

Si on s'en tient à ce phénomène de l'apparition d'intérêts professionnels incompatibles, comme conséquence d'une spécialisation rapide, on peut voir comment tout cela a été à l'origine du syndicalisme médical, et partant, à la source de l'affaiblissement de l'autorité du Collège des médecins.

À partir de 1950, les omnipraticiens voient baisser considérablement leur statut à l'intérieur de la profession : leur prestige était à la baisse, leurs revenus moindres que ceux de leurs collègues spécialistes, l'accès aux universités et aux hôpitaux universitaires était presque exclusivement réservé à ces derniers et enfin ils se retrouvaient en minorité à la direction du Collège des médecins. De temps à autre, on lançait un cri d'alarme pour attirer l'attention sur le sort pénible de cette institution qu'était le « médecin de famille »².

La situation, loin de s'améliorer, risquait de se dégrader davantage, devant l'éventualité de plus en plus prochaine de la mise en place d'un régime d'assurance-maladie. En effet, il était clair que s'ils laissaient le Collège, où leurs intérêts leur apparaissaient mal représentés, signer des ententes au nom de tous les médecins, avec le gouvernement ou des compagnies d'assurances, les omnipraticiens risquaient de voir la situation qu'ils déploraient concrétisée dans des contrats ou dans des textes de lois.

Dès 1960-1961, alors que la question de l'assurance-hospitalisation était à l'ordre du jour, quelques omnipraticiens entreprirent de regrouper leurs confrères, d'abord en associations régionales puis en fédération provinciale de syndicats professionnels. En 1962, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (F.M.O.Q.), groupant une quinzaine de syndicats, naissait et s'affirmait aussitôt comme représentante de tous les omnipraticiens du Québec.

2. L.-F. DUBÉ, « Médecin de campagne v. loi du spécialiste en médecine », *L'Union médicale du Canada*, tome 78, 5, mai 1949 : 599-601.

E. THIBAUT, « L'avenir du médecin de famille », *L'Union médicale du Canada*, tome 80, 12, décembre 1951 : 1460-1463.

Une telle initiative des omnipraticiens affaiblissait considérablement la représentativité du Collège des médecins. Celui-ci, dont le type d'organisation est l'antithèse même du syndicat professionnel, s'était vivement opposé à la création d'organisations professionnelles parallèles : mais l'argumentation des omnipraticiens avait brisé sa résistance. En effet, ceux-ci mirent l'emphase sur l'incompatibilité des deux rôles joués jusque-là par le Collège ; dans un contexte où il était de plus en plus question d'assurance-maladie — c'est-à-dire où il faudrait négocier les conditions de participation des médecins à un plan quelconque d'assurance —, il apparaissait inconcevable qu'un même organisme puisse prétendre protéger à la fois l'intérêt du public et l'intérêt de ses membres. Pour les omnipraticiens, il fallait dissocier ces deux fonctions et pour eux, le syndicalisme professionnel représentait la meilleure formule pour faire valoir leurs intérêts.

C'est donc de l'insatisfaction des omnipraticiens que naquit le syndicalisme médical au Québec. C'est essentiellement pour contrer « l'impérialisme » des spécialistes que les omnipraticiens ont choisi de recourir au syndicalisme professionnel pour revaloriser leur rôle dans le domaine de la santé et rehausser leur statut dans leur profession.

Quant aux spécialistes, ils ne se regroupèrent qu'en 1965 ; ils formèrent alors, avec une vingtaine de syndicats correspondant à autant de disciplines, la Fédération des médecins spécialistes du Québec (F.M.S.Q.). Ce regroupement s'est fait d'une façon très rapide, en vue de participer aux négociations du régime d'assistance médicale³, auxquelles participait déjà la F.M.O.Q. Le gouvernement, en reconnaissant de façon informelle la représentativité de la F.M.O.Q., niait par là-même celle du Collège ; les spécialistes pour avoir leur mot à dire, durent donc former une organisation qui les représenterait.

Les omnipraticiens et les spécialistes signèrent donc une entente sur l'assistance médicale avec le gouvernement provincial par l'intermédiaire de la F.M.O.Q. et de la F.M.S.Q. : le préambule du texte de l'entente reconnaissait les deux fédérations comme seuls représentants des médecins du Québec. C'était là la confirmation définitive du refoulement du Collège des médecins dans son rôle de gardien de la santé publique, celui de représentation des médecins revenant dorénavant aux deux grandes fédérations.

En terme d'organisation professionnelle, on peut dire que depuis 1965 le syndicalisme est le mode d'organisation dominant. Outre les deux principales fédérations, on en compte maintenant une troisième, la Fédération des médecins résidents du Québec (F.M.R.Q.) qui regroupe les médecins en résidence dans les divers hôpitaux du Québec.

Le recours au syndicalisme professionnel a donc pris un sens différent pour les deux principaux groupes de médecins. Mais la rupture qu'il a constituée n'a

3. Régime d'assurance des soins médicaux pour les personnes à la charge de l'État.

pas eu que des effets sur l'organisation professionnelle du corps médical ; ses conséquences se sont répercutées sur l'ensemble du champ de la santé. Ainsi, si on examine l'histoire du débat sur la question de l'assurance des frais médicaux, on constate que ce débat prend une tournure toute différente avec l'apparition des syndicats de médecins.

III. LES MÉDECINS ET LA QUESTION DE L'ASSURANCE-MALADIE

L'histoire des organisations professionnelles de médecins est intimement liée à celle du débat sur l'assurance-maladie ; cette question a mobilisé, pendant au moins trente ans, la plus grande part des énergies de ces organismes. Le Collège des médecins, des associations comme les Sociétés médicales ou l'Association des médecins de langue française du Canada (A.M.L.F.C.) et surtout les fédérations d'omnipraticiens et de spécialistes, ont consacré la majorité de leurs efforts et de leurs actions à ce débat. Par des mémoires, articles de revues, interventions privées et publiques de toute sorte, ils ont tenté de promouvoir et de défendre le point de vue de la profession médicale sur la question de l'assurance des frais médicaux.

Quand le régime québécois d'assurance-maladie est entré en vigueur en 1970, dans des circonstances pénibles, cela mettait provisoirement un terme à une discussion longue de près de quarante ans. Pour tenter d'expliquer la longueur d'un tel débat, il faudrait faire appel à plusieurs facteurs : parmi ceux-ci, il y a sûrement l'attitude de la profession médicale. Celle-ci, bien que s'étant toujours prononcée en faveur du principe de l'assurance contre les frais médicaux, n'en tenait pas moins à certaines exigences, autour desquelles le débat a tourné durant si longtemps. Pour mieux caractériser l'attitude de la profession médicale, il est préférable de distinguer deux périodes dans l'histoire des discussions sur l'assurance-maladie : celle qui précède l'apparition des syndicats de médecins et celle qui va ensuite jusqu'à la mise en place d'un régime d'assurance-maladie.

a) De la Commission Montpetit à la Commission Hall

C'est en 1933 qu'on retrouve une première prise de position des médecins sur l'assurance-maladie : position énoncée conjointement par les Sociétés médicales du Québec et le Collège des médecins en guise de réaction aux recommandations de la Commission sur les assurances sociales (Commission Montpetit). Tout en reconnaissant la nécessité, pour les plus démunis, d'une forme quelconque d'assurance, ces organismes énoncent les grands principes que tout régime d'assurance-maladie devrait respecter : il ne devrait impliquer, en aucun cas, quelque changement que ce soit aux rapports médecins-patients, c'est-à-dire assurer au médecin la liberté de choisir ses patients, la liberté de

prescription, le respect de son secret professionnel et surtout ne pas imposer d'intermédiaire entre le médecin et son patient⁴.

L'Association médicale canadienne (Québec) énonce, elle aussi, en 1940, les conditions de son acceptation d'un tel régime⁵, conditions en tous points conformes à celles déjà posées par le Collège en 1933. De plus en plus aussi, on multiplie les appels à une meilleure préparation de la profession en face d'éventuelles interventions gouvernementales⁶: la création d'une commission de l'assurance-maladie, en 1943 par le Gouvernement du Québec, de même que la présentation d'un projet de plan fédéral d'assurance-santé l'année suivante fournit aux médecins l'occasion de clarifier leurs vues sur le sujet et de se confronter une première fois au gouvernement. La profession médicale établit ses positions: elle s'oppose à toute forme d'étatisation de la distribution des soins comme à toute forme de régime d'assurances dont elle ne détiendrait pas le contrôle. Elle envisage plutôt un régime calqué sur les régimes privés américains⁷. Le piètre accueil fait à cette première véritable tentative d'intervention du gouvernement dans le domaine de la santé entraîne l'abolition de cette commission de l'assurance-maladie en 1945 et le retrait du projet de loi fédéral en 1946.

Mais à partir de ce moment, les organisations médicales modifient leur stratégie: dépassant le simple énoncé de principes, l'A.M.L.F.C. et la Fédération des sociétés médicales présentent, en 1951, leur propre projet d'assurance-maladie; il se caractérise par son « respect de la libre entreprise et de la libre concurrence [...] l'opération sans profit [...] la présence des médecins dans l'administration du plan »⁸. Ce plan implique la participation des compagnies privées d'assurance et ne permet à l'État que de jouer un rôle supplétif, c'est-à-dire celui d'aider financièrement ceux qui ne pourraient adhérer à un tel régime. L'année suivante, le Collège des médecins signifie son accord avec le projet.

Devant la Commission Tremblay, sur les problèmes constitutionnels, en 1954, ces mêmes organismes en profitent pour promouvoir leur projet⁹: l'objectif visé est d'écarter l'État du champ de la santé et sauvegarder la pratique libérale: liberté d'exercice, secret professionnel, rémunération à l'acte, etc. Ces positions sont réitérées au cours des discussions précédant la mise en

4. A. LESAGE, « Les médecins et l'assurance-maladie », *L'Union médicale du Canada*, tome 62, 1, janvier 1933: 15-17.

5. L. GÉRIN-LAJOIE, « L'assurance-maladie et la profession médicale », *L'Union médicale du Canada*, tome 69, 12, décembre 1940: 1284-1290.

6. J. E. DORION, « Aspect professionnel de la loi d'assurance-maladie obligatoire et le médecin », *L'Union médicale du Canada*, tome 71, 6, juin 1942: 605-607.

7. R. AMYOT, « Sur le plan d'assurance-santé devant être institué par le Gouvernement du Canada », *L'Union médicale du Canada*, tome 73, 2, février 1944: 140-142.

8. R. AMYOT, « Le projet d'assurance-maladie », *L'Union médicale du Canada*, tome 80, 10, novembre 1951: 1269-1270.

9. Collège des médecins et chirurgiens de la Province de Québec, *Mémoire*, présenté à la Commission royale d'enquête sur les problèmes constitutionnels, 1954, 48 p.

place du régime d'assurance-hospitalisation (1961) et devant la Commission Hall, commission d'enquête fédérale sur les services de santé, à peu près dans les mêmes termes.

En examinant l'ensemble des prises de position et des propositions formulées par le Collège des médecins et des autres organismes représentant des médecins au cours de la période 1940-1962, on constate une continuité certaine dans les prises de positions successives des diverses organisations professionnelles de médecins, ainsi qu'un accord total entre elles autour d'une pensée commune. On peut résumer ainsi cette pensée: le médecin est seul à avoir la compétence nécessaire pour juger de ce qui est valable pour la santé des individus. En conséquence, ce qui relève du domaine de la santé doit relever de lui. De même, comme la santé est un bien individuel, elle est aussi de responsabilité privée. Enfin, s'il est vrai que tous les citoyens n'ont pas également les moyens financiers d'accéder aux soins médicaux ce n'est pas à l'État que revient le soin de trouver une solution à ce problème, mais aux médecins et aux individus.

Ces principes établis, il est suggéré une assurance-maladie de type mutualiste, régie par les compagnies d'assurance et les médecins; l'État, lui, doit se limiter à permettre aux indigents de participer à un tel plan, en défrayant le coût de leur participation. Cette façon d'assurer les soins est la meilleure parce que la seule qui laisse au médecin sa liberté et la seule qui préserve la relation directe médecin-patient, les deux garanties d'une médecine de haute qualité. La relation thérapeutique est du domaine privé et elle doit y rester.

Enfin, on peut dire que l'attitude de la profession médicale, au cours de cette période, en est une de résistance aux velléités d'intervention étatique, et cela, toujours au nom d'une volonté d'assurer à tous une médecine de la « plus haute qualité ». Sans porter de jugement sur la bonne volonté de la profession médicale, signalons quand même qu'à côté des désirs des médecins de protéger la santé publique, on retrouve des préoccupations plus empiriques; un auteur terminait ainsi un bref historique des discussions sur l'assurance-maladie: « En définitive, la condition première et essentielle qui manque pour la solution du problème est une entente concernant les honoraires acceptés par les médecins. »¹⁰ Cette question, qui n'a jamais été abordée très ouvertement jusque-là, prendra un peu plus de place dans les discussions avec l'apparition des syndicats médicaux.

*b) De la naissance des syndicats médicaux
à l'assurance-maladie*

Les projets d'assurance-maladie présentés par le Collège des médecins à la Commission Tremblay et à la Commission Hall contenaient deux exigences

10. J. E. DORION, « Assurance-maladie: où en sommes-nous? », *L'Union médicale du Canada*, tome 90, 9, septembre 1961: 977-979.

principales au chapitre de la rémunération du médecin : d'abord, on insistait sur le mode de rémunération à l'acte et aussi sur l'acceptation des échelles de tarifs du Collège. De ces deux conditions, c'est la seconde qui causait le plus de problèmes : d'une part, elle impliquait que les tarifs d'honoraires médicaux n'étaient pas négociables — ce que les gouvernements pouvaient difficilement accepter — et d'autre part, elle était à la source de l'insatisfaction des omnipraticiens : car l'échelle du Collège reconnaissait l'infériorité de l'omnipraticien en posant le principe du tarif double, principe qui voulait que, pour un même acte médical, il y ait un tarif différent s'il s'agissait d'un omnipraticien ou d'un spécialiste, le tarif étant évidemment plus élevé pour le spécialiste.

On a vu que la crainte de voir confirmer l'infériorité de leur statut dans un régime d'assurance-maladie négocié par le Collège des médecins seul, a joué un rôle primordial dans la formation de la F.M.O.Q. Les travaux de la Commission Hall laissaient justement entrevoir la création à court terme d'un régime d'assurance des soins médicaux : c'était l'occasion ou jamais, pour les omnipraticiens, de reprendre en main leur situation.

En fait, une des premières actions de la F.M.O.Q. fut de se prononcer en faveur des recommandations de la Commission Hall ; les omnipraticiens se dirent prêts à collaborer avec les gouvernements fédéral et provincial pour mettre sur pied un régime public, obligatoire et universel d'assurance-maladie aux conditions suivantes : qu'on accepte la participation des médecins à l'élaboration et à l'administration d'un tel régime, que soient éliminées les discriminations à l'égard de l'omnipraticien, notamment le tarif double et l'exclusion des hôpitaux universitaires.

Une telle position s'écartait considérablement de l'attitude traditionnelle de la profession médicale ; la F.M.O.Q. alla même plus loin, en 1966, devant la Commission Castonguay ; après avoir repris la position déjà énoncée, elle suggéra même que l'assurance-maladie soit administrée par une commission tripartite, formée de représentants des médecins, du gouvernement et du public. Cela allait en contradiction directe avec les projets précédents du Collège des médecins et des autres organismes professionnels.

On cria rapidement à la trahison, du côté des spécialistes ; la F.M.S.Q., nouvellement formée, se présente donc, en 1966, elle aussi, devant la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social et y exprime un point de vue fortement opposé à celui des omnipraticiens. Essentiellement, elle recommande un régime mixte où l'État jouerait un rôle supplétif ; le secteur gouvernemental serait administré conjointement par des représentants des médecins et du gouvernement, et le secteur privé, par ceux des médecins et des compagnies d'assurance. L'accès au plan serait facultatif, tant pour le patient que pour le médecin. C'est, en gros, la récupération des positions traditionnelles du Collège, positions de méfiance à l'égard de toute intervention gouvernementale. Pour les spécialistes, « le médecin n'est plus un homme libre quand l'État devient la seule source possible de ses revenus, et la médecine n'est plus une profession

libérale quand le gouvernement peut en contrôler l'exercice à son gré par voie de législation »¹¹. Pour eux, la médecine libérale est en danger et il faut à tout prix la sauver.

La profession médicale se retrouvait donc divisée en deux groupes distincts, dont les points de vue à l'égard de l'assurance-maladie étaient incompatibles. Même si les deux groupes étaient farouchement décidés à défendre la liberté et l'autonomie du médecin, il y avait divergence de vues quant au type de plan d'assurance qui pouvait les garantir. Les spécialistes s'opposaient irrémédiablement à ce qu'ils appelaient une « médecine d'État » et entendaient lutter jusqu'au bout pour préserver leurs droits acquis (et parmi ceux-ci ils insistaient sur celui du tarif double).

La profession médicale négocia donc en deux groupes avec le gouvernement : les négociations furent difficiles de part et d'autre. Mais du côté des omnipraticiens, elles avaient plus de chance de succès puisque la F.M.O.Q. souhaitait vraiment s'entendre avec le gouvernement à qui elle reconnaissait une responsabilité en matière de distribution des soins. L'entente se fit finalement, juste à temps, pour les débuts du régime en 1970. Les spécialistes, eux, négociaient dans un autre climat : le gouvernement était un intrus qu'il fallait écarter à tout prix. Les négociations, si négociations il y eut, se trouvaient dès le début dans une impasse, et lorsque la F.M.O.Q. signa une entente avec le ministre de la santé, cette impasse devint totale. La F.M.S.Q. refusa carrément de participer au régime et à sa mise en vigueur, et les spécialistes quittèrent leurs cabinets pendant plusieurs jours à l'automne 1970. Il fallut une loi spéciale pour mettre un terme à cette grève et pour forcer la F.M.S.Q. à négocier de nouveau leur participation au régime. Une entente fut finalement signée deux mois après l'arrêt de travail des spécialistes.

Ce qu'il faut retenir de cette brève description de l'opposition des omnipraticiens et des spécialistes sur la question d'assurance-maladie à partir de 1964-1965, c'est surtout le fait de la rupture définitive de l'homogénéité du corps médical. La différenciation qu'a engendrée le mouvement de spécialisation chez les médecins a fait surgir des sous-groupes distincts au sein de la profession. Le recours au syndicalisme professionnel par un de ces sous-groupes, les omnipraticiens, a marqué la fin de l'unité officielle du corps médical. En même temps, c'est l'unité de pensée de la profession médicale qui éclate et cela se manifeste dans le débat sur l'assurance-maladie. La rivalité omnipraticiens-spécialistes qui germe depuis longtemps, apparaît au grand jour dans les mémoires respectifs des fédérations médicales sur l'assurance-maladie. Il faudrait, enfin, être naïf pour ne pas croire que cette division au sein de la profession médicale n'a pas contribué à la mise en place plus rapide d'un régime public d'assurance-maladie. Le refus des deux fédérations à négocier

11. F.M.S.Q., *Mémoire*, présenté à la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être, Québec, 1966, p. 3.

ensemble à partir de 1967 a certainement affaibli le pouvoir de pression de la profession médicale, pouvoir qui lui avait permis de résister pendant plus de trente ans aux tentatives d'intervention de l'État dans le secteur de la santé.

CONCLUSION

Les médecins du Québec, depuis la seconde moitié du XIX^e siècle, se sont toujours définis comme des « professionnels libéraux » et ont exigé — et obtenu — d'être reconnus comme tels : jusqu'à maintenant, et même depuis la création de l'assurance-maladie, ils ont effectivement conservé une large autonomie et une importante autorité au sein du secteur de la santé. On peut se demander ici, en terminant, s'ils parviendront à conserver, encore longtemps, ce statut de « professionnels libéraux ».

Les transformations récentes survenues dans le domaine de la santé nous incitent à répondre que non. Les médecins ont traditionnellement justifié leur statut et leur mode de pratique par un discours où l'emphase était mise sur le caractère de sacerdoce de la pratique médicale, sur l'abnégation et l'altruisme du médecin et sur son désintéressement dans l'accomplissement de cette « importante fonction sociale » qu'est la distribution des soins médicaux. Ce discours et la définition du rôle de médecin qu'il véhiculait était généralement bien acceptés ; l'État pouvait d'autant plus facilement reconnaître au médecin ce statut de « professionnel libéral » avec toute l'autonomie que cela impliquait.

Depuis quelques années, on assiste à une remise en question du fondement même de ce statut. L'apparition de nouvelles exigences sociales y est pour beaucoup.

Il y a cependant deux faits qui ont particulièrement contribué à cette remise en cause : la mise en évidence de l'existence d'inégalités régionales dans l'accès aux soins médicaux et le type de syndicalisme pratiqué par les médecins depuis dix ans.

On a beaucoup parlé, au cours des dernières années, de ces écarts régionaux importants dans la distribution des effectifs médicaux. On peut les expliquer, comme nous l'avons fait, par la spécialisation massive de la population médicale. Mais cette explication reste partielle ; les conditions de pratique et les conditions de vie urbaines exercent, elles aussi, un attrait sur les médecins. Les médecins n'ignoraient pas l'existence d'avantages professionnels propres à la pratique en milieu urbain : clientèle facile à constituer, distances moins longues à parcourir, proximité des grands hôpitaux et de l'université pour le perfectionnement, contacts plus faciles avec les collègues, pourcentage de mauvais comptes plus faibles (du moins jusqu'à l'assurance-maladie), etc. Si on ajoute à cela les avantages que la ville offre en termes d'activités sociales, sportives ou culturelles, on a là un ensemble de facteurs qui accroissent le pouvoir d'attraction des régions urbaines sur la population médicale. Le médecin, à ce titre, subit comme tout autre individu, l'attrait de la vie urbaine.

Les médecins d'ailleurs reconnaissent implicitement cette interprétation de la pénurie d'effectifs médicaux en régions éloignées, lorsqu'ils suggèrent, comme solution à ce problème, d'y rendre les conditions de pratique et de vie plus attrayantes, pour inciter un plus grand nombre d'entre eux à accepter l'éloignement.

Quant au syndicalisme pratiqué par les médecins jusqu'à l'assurance-maladie, cela a largement contribué à rendre caduque l'image traditionnelle du médecin, image par laquelle il justifiait son statut. C'est en pratiquant un syndicalisme d'affaires, essentiellement axé sur leurs intérêts professionnels (et financiers) que les médecins ont eux-mêmes remis en question leur propre discours. Il est en effet devenu difficile pour eux de parler de vocation médicale, d'altruisme, de désintéressement pour qualifier leur pratique médicale tout en conditionnant leur participation à l'assurance-maladie à des revendications monétaires importantes et en faisant la grève pour appuyer ces revendications. Ce faisant, les médecins ont démontré qu'ils avaient, comme les autres travailleurs, des intérêts de groupe à défendre et qu'ils étaient capables d'utiliser des moyens de pression comme la grève pour faire triompher leurs demandes.

Les médecins ont montré, par leur incapacité à réduire les écarts régionaux dans l'accès aux soins médicaux, et par leur pratique syndicale récente, qu'ils étaient capables d'une même rationalité que les autres individus dans l'accomplissement de leur travail. Cela ne peut avoir comme effet que d'affaiblir les fondations sur lesquelles s'appuyait leur statut de « professionnels libéraux ». Les valeurs auxquelles la profession médicale faisait appel pour légitimer son statut, deviennent de plus en plus indéfendables. Les médecins tentent bien de les remplacer par d'autres, comme celle de la compétence technique, mais il apparaît qu'il leur sera dorénavant très difficile de s'accrocher encore longtemps à un statut auquel plus d'un siècle de corporatisme les avait habitués.

Gilles DUSSAULT

*Institut supérieur des sciences humaines,
Université Laval.*