

Le système de santé au Québec bilan historique et perspective d'avenir

Conférence inaugurale du 51^e congrès de l'Institut d'histoire de L'Amérique française, octobre 1998

Georges Desrosiers

Volume 53, numéro 1, été 1999

Médecine, santé et sociétés

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/005395ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/005395ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Résumé de l'article

L'auteur décrit les principales caractéristiques du système de santé québécois et montre comment elles s'enracinent dans une histoire qui pour certaines remontent aussi loin qu'au tout début du siècle. Il présente les différents facteurs d'ordre technique, économique, politique et social qui peuvent les expliquer. Il montre, en particulier, l'influence déterminante du gouvernement fédéral tout au long du siècle. Enfin, il laisse entrevoir l'orientation que le système de santé québécois pourrait prendre à l'aube du XXI^e siècle.

Éditeur(s)

Institut d'histoire de l'Amérique française

ISSN

0035-2357 (imprimé)

1492-1383 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Desrosiers, G. (1999). Le système de santé au Québec bilan historique et perspective d'avenir : conférence inaugurale du 51^e congrès de l'Institut d'histoire de L'Amérique française, octobre 1998. *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 53(1), 3–18. <https://doi.org/10.7202/005395ar>

**LE SYSTÈME DE SANTÉ AU QUÉBEC
BILAN HISTORIQUE ET PERSPECTIVE D'AVENIR
CONFÉRENCE INAUGURALE DU 51^e CONGRÈS DE L'INSTITUT
D'HISTOIRE DE L'AMÉRIQUE FRANÇAISE, OCTOBRE 1998**

GEORGES DESROSIERS

*Département de médecine sociale et préventive
Université de Montréal*

RÉSUMÉ

L'auteur décrit les principales caractéristiques du système de santé québécois et montre comment elles s'enracinent dans une histoire qui pour certaines remontent aussi loin qu'au tout début du siècle. Il présente les différents facteurs d'ordre technique, économique, politique et social qui peuvent les expliquer. Il montre, en particulier, l'influence déterminante du gouvernement fédéral tout au long du siècle. Enfin, il laisse entrevoir l'orientation que le système de santé québécois pourrait prendre à l'aube du XXI^e siècle.

ABSTRACT

The author describes the main characteristics of Quebec's health system and explains how they are deeply rooted in a history, which in some cases extends as far back as the beginning of the century. He specifies the various , technical, economic, political, and social factors that best explain them. In particular, he points to the Federal Government's influence during the course of the century. Finally, he foresees possible trends in Quebec's health care system at the dawn of the twenty-first century.

INTRODUCTION

Avant de s'engager dans une réflexion sur le système de santé, il est important d'en formuler une définition qui permet d'établir sa finalité et d'en circonscrire les contours. On peut alors le présenter comme un ensemble de connaissances et de techniques, de ressources matérielles et de personnels spécialisés organisé en vue de dispenser des services visant à protéger, à promouvoir ou à rétablir la santé de la population. Il a à la fois une fonction préventive et une fonction curative.

L'importance qu'acquiert le système de santé dans une société et ses outils d'interventions sont déterminés par les problèmes de santé prévalents à chaque époque, mais aussi et surtout par le niveau de déve-

loppement économique, l'état des connaissances et des techniques et les rapports de force entre les groupes sociaux.

Dans un premier temps seront présentées les ressources dont dispose le système de santé québécois à l'aide de quelques indicateurs en le comparant au Canada dans son ensemble et aussi à quelques autres pays industrialisés. On décrira ensuite les principales caractéristiques qui permettent de mieux comprendre sa structure et sa dynamique. Après quoi, l'essentiel de l'exposé consistera à montrer comment chacune de ces caractéristiques s'enracine dans une histoire qui peut pour certaines remonter aussi loin qu'au tout début du siècle. On présentera les différents facteurs d'ordre technique, économique, politique et social qui peuvent les expliquer. En conclusion, comme le passé est souvent garant de l'avenir, on pourra mieux entrevoir l'orientation que pourrait prendre le système de santé à l'aube du XXI^e siècle.

LES RESSOURCES

Les ressources d'un système de santé sont multiples. Elles incluent les moyens financiers, le personnel, les équipements comme les établissements et le matériel technique, les fournitures médicales et les médicaments.

Le tableau 1 présente un état de quelques-unes de ces ressources en 1994 pour le Québec, le Canada, les États-Unis, la France et le Royaume-Uni, pays de même niveau de développement économique et avec lesquels le Québec a des liens de tous ordres.

Comme on peut le constater, même si l'on n'y présente que quelques indicateurs, cela est tout de même suffisant pour montrer que le Québec n'est pas dans une situation de pénurie comme certains alarmistes ont tenté de le faire croire au cours des dernières années. En effet, par rapport à l'ensemble canadien, par exemple, le Québec se distingue par un effort financier légèrement plus élevé pour ce qui est du pourcentage de son Produit intérieur brut consacré aux soins. Il en est de même pour les ressources en lits d'hôpitaux de court séjour, le personnel médical et les appareils de haute technologie. Les coupures faites dans les ressources depuis deux à trois ans ont-elles changé ce rapport? Nous ne disposons pas encore de toutes les données permettant d'y répondre de façon précise. Cependant, on sait que toutes les provinces canadiennes et tous les pays occidentaux sont également affectés depuis quelques années par des coupures dans les dépenses publiques de santé.

TABLEAU 1
CERTAINES RESSOURCES DES SYSTÈMES DE SANTÉ EN 1994
COMPARAISON INTERNATIONALE

Indicateur	Québec	Canada	États-Unis	France	Royaume-Uni
Médecins ¹	20,6	18,8	20,2	27,6	17,3
Infirmières ²	88,0	90,6	78,5	61,0	68,0
Lits totaux ³	12,0	12,4	11,1	9,0	4,8
Court séjour	3,2	2,8	3,0	4,7	2,3
Cathétérisme cardiaque ⁴	3,2	2,9	6,5	9,6	-
Résonance magnétique ⁵	1,5	1,4	11,5	2,0	-
% PIB ⁶	10,1	9,7	13,5	9,7	6,9
% public ⁷	73,5	72,0	44,8	74,4	84,1

Source : Direction des indicateurs de résultats et de l'information statistique, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec; SESI, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, France, Indicateur sociosanitaires, comparaisons internationales, évolution 1980-1994, Québec 1997, 147, 177, 191, 193, 203, 301, 305.

1. Pour 10 000 habitants.
2. Infirmiers qualifiés en exercice pour 10 000 habitants, y inclus les sages-femmes.
3. Pour 1000 habitants. Comprennent les lits pour soins physiques de courte durée, les lits pour soins psychiatriques et les lits pour soins de longue durée.
4. Parmi les appareils de haute technologie, les appareils de cathétérisme cardiaque. Nombre par 1 000 000 habitants.
5. Appareils d'imagerie par résonance magnétique nucléaire. Nombre pour 1 000 000 habitants.
6. L'ensemble des dépenses de santé, publiques et privées, en pourcentage du Produit intérieur brut.
7. Part publique de l'ensemble des dépenses de santé.

LES CARACTÉRISTIQUES DU SYSTÈME DE SANTÉ

On peut observer le système de santé sous différents angles. Nous avons retenu huit caractéristiques liées au financement et à l'organisation qui nous apparaissent les plus susceptibles de faire ressortir les particularités du système de santé québécois : le financement public, la participation déterminante du gouvernement fédéral au financement et à l'orientation du système, l'accessibilité de l'ensemble de la population à des services de qualité sensiblement égale, le caractère centralisateur du financement et de l'administration au niveau provincial, l'effort d'intégration des services sanitaires et sociaux, l'autonomie de la profession médicale, l'hospitalo-

centrisme, le peu d'intégration des différents établissements du réseau et l'importance de la place accordée à la santé publique.

FINANCEMENT, ACCESSIBILITÉ, RÔLE DE L'ÉTAT

Le financement public des soins et leur accessibilité à l'ensemble de la population constituent deux caractéristiques du système de santé québécois que les deux niveaux de gouvernement, fédéral et provincial, ont concouru à réaliser. Voyons comment s'est concrétisée la contribution de chacun.

Les interventions fédérales durant les quatre premières décennies du siècle

Les découvertes bactériologiques de la seconde moitié du XIX^e siècle ont complètement modifié la conception que les populations avaient de la nature des maladies infectieuses (leur origine, leur mode de transmission et les moyens pour les combattre). Cette transformation des mentalités ne s'est pas faite du jour au lendemain. Elle fut d'abord le fait de l'élite médicale et bourgeoise. Il fallait se convaincre qu'elles étaient causées par un organisme vivant qui se multiplie, le microbe. De ce fait, l'évocation de l'hérédité comme cause, notamment en ce qui concerne la tuberculose, et le fatalisme qui en découlait sur le plan de l'intervention, n'avaient plus de base solide. L'hygiène individuelle s'avérait le moyen par excellence pour éviter la transmission. La vaccination pour plusieurs de ces maladies devenait l'outil médical d'intervention privilégié. Le diagnostic précoce permettait d'isoler les cas et de réduire la transmission des maladies.

Pour l'élite bourgeoise, il devenait possible, sinon d'éliminer, du moins de limiter considérablement la diffusion de ces maladies dans la population. On avait maintenant les moyens de se protéger et aussi éventuellement de protéger la main-d'œuvre ouvrière dans une société en cours de transformation industrielle.

On commença par cibler les principaux fléaux sociaux à combattre : les maladies de la petite enfance, la tuberculose et les maladies vénériennes. On en fit le décompte pour évaluer leur impact. Par la suite, à partir de la fin du siècle, on s'engagea dans une lutte sans merci qui prit l'allure d'une véritable croisade. Les premières initiatives ont été l'œuvre d'organismes privés d'envergure nationale. C'est ainsi que fut fondée en 1901 la Canadian Association for Prevention of Tuberculosis, à laquelle s'affilia la Ligue antituberculeuse de Montréal créée

l'année suivante¹. Par ailleurs, le National Council of Women of Canada s'engagea à fond, à partir de 1906, dans la lutte contre les maladies vénériennes en réclamant l'intervention du gouvernement fédéral².

Ces notables engagés se donnaient comme mission première l'éducation populaire. En effet, pendant que les concepts et les pratiques issus des découvertes bactériologiques étaient acceptés et même intégrés par une bonne partie de la classe bourgeoise et la majorité des médecins, les classes paysanne et ouvrière, en majorité illettrées, restaient attachées aux conceptions anciennes, conservant une attitude fataliste face aux maladies infectieuses.

Il fallait, de plus, assurer la prise en charge des malades pauvres qui n'étaient pas portés à recourir à la médecine et de toute façon n'avaient pas les moyens de s'offrir ce type de service. D'où les fortes pressions exercées sur l'État durant les quarante premières années du XX^e siècle pour qu'il offre aux plus démunis les moyens modernes de prévention, de diagnostic et de traitement des maladies infectieuses.

Dans la lutte contre la tuberculose, l'intervention fédérale prit d'abord la forme d'une subvention annuelle à la Canadian Association for Prevention of Tuberculosis à partir de 1905³. Durant la guerre et dans les années qui ont suivi, le gouvernement fédéral prit en charge le traitement des nombreux militaires atteints de tuberculose en service actif ou démobilisés.

Les fortes pressions exercées par les associations nationales mentionnées plus haut et par d'autres comme l'Association médicale canadienne amenèrent le gouvernement fédéral à créer un ministère de la Santé en 1919 pour lui permettre de jouer en matière de santé le rôle de leader national qu'on attendait de lui. Parmi les directions qui ont été formées dès la création du nouveau ministère, il y a lieu de mentionner la Direction du bien-être de l'enfance et la Direction des maladies vénériennes, cette dernière chargée de gérer un programme de lutte contre les maladies vénériennes qui prévoyait, entre autres, d'importantes subventions annuelles aux provinces pour mettre en place une infrastructure uniforme à travers le

1. G. J. Wherrett, *The Miracle of Empty Beds : A History of Tuberculosis in Canada* (Toronto, University of Toronto Press, 1977), 19 et 210; Albert Laramée, « La Ligue antituberculeuse de Montréal », *Union médicale du Canada*, 38 (1909) : 705. À l'origine, cette association portait le nom de Canadian Association for Prevention of Consumption and Other Forms of Tuberculosis. Mais, dès les premières années, elle est désignée sous le nom de Canadian Association for Prevention of Tuberculosis ou simplement Canadian Tuberculosis Association.

2. W. Jean-Philippe, *L'impact sur le système de santé du Québec des initiatives fédérales dans la lutte contre les maladies vénériennes et la tuberculose : 1919-1935*, mémoire de maîtrise (médecine sociale et préventive), Université de Montréal, 1995, 33.

3. Voir G. J. Wherrett, *op. cit.*, 21-22.

Canada⁴. Ce fut le point de départ du régime des subventions conditionnelles à la santé qui a constitué jusqu'à aujourd'hui la méthode privilégiée du gouvernement fédéral pour s'introduire dans le champ du financement et de l'orientation du système de santé. De plus, dès le départ, le ministère s'est donné comme tâche de produire et de diffuser l'information sanitaire à l'échelle nationale par la création d'un Service de publicité qui a été mis, par la suite, à la disposition des ministères provinciaux de la Santé.

Le virage à partir des années quarante

Au début du siècle, les maladies infectieuses dominaient complètement la scène. Mais, dès les années trente, les maladies cardiovasculaires et les cancers augmentent au point d'apparaître parmi les principales causes de mortalité et ils dominent déjà largement dans les années quarante. À ce virage épidémiologique s'ajoutent les progrès techniques de la médecine qui mettent de plus en plus à l'avant-scène la spécialisation et l'hôpital qui en est le support. Ces changements surviennent dans un contexte de transformation sociale, du fait de l'expansion du phénomène d'industrialisation. Le Canada dans son ensemble et le Québec en particulier sont devenus des sociétés industrielles. Les notables, qui étaient au début du siècle à peu près les seuls à énoncer la politique sanitaire, voient leur vision d'un système de santé contestée par le mouvement ouvrier et par les intellectuels de gauche qui s'expriment dans le syndicalisme et aussi à travers un parti politique social-démocrate, la CCF. Dans les années trente, ils élaborent un projet de couverture universelle des soins sous l'égide de l'État. De fortes pressions sont exercées sur le gouvernement fédéral qui, dans la décennie suivante, adopte, après quelques échecs, une politique audacieuse de développement de l'infrastructure et de couverture universelle des soins. C'est une politique étagée qui commence par le Programme de subventions nationales à la santé en 1948, prévoyant des subventions annuelles aux provinces pour la construction, la rénovation et l'équipement des hôpitaux et des sanatoriums, pour la santé publique, la santé mentale et la formation professionnelle. Il est suivi par la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques en 1957, par la Loi d'aide à la santé en 1965 qui prévoit des subventions pour le développement des établissements de formation professionnelle, par le Régime d'assistance publique du Canada en 1966 qui assure, entre autres, le partage du coût des soins médicaux et de l'assistance sociale aux indigents et, enfin, en 1968, par la Loi sur les soins médicaux.

4. W. Jean-Philippe, *op. cit.*, 33-47; sur la formation du ministère de la Santé, voir John Heagerty, *Four Centuries of Medical History in Canada* (Toronto, MacMillan, 1928), I : 381-384.

À ces 22 ans d'expansion succède, à partir de 1970, une période de consolidation et de rationalisation caractérisée par une réduction des subventions fédérales et par le maintien simultané des exigences quant au caractère public et universel du régime, confirmées dans la Loi canadienne de la santé de 1984. C'est ainsi que la part fédérale du coût des dépenses publiques de soins pour l'ensemble du Canada est passée de 46% en 1977-1978 à 33,7% en 1994-1995⁵.

Nonobstant les dispositions de la Constitution de 1867, confirmées et précisées par les décisions des tribunaux constitutionnels à différentes époques, le gouvernement fédéral a donc été le moteur de l'expansion rapide qu'a connue le système, surtout à partir de la fin des années quarante et le principal responsable de la maîtrise de l'augmentation des coûts, depuis le début des années soixante-dix jusqu'à maintenant.

Les interventions du gouvernement du Québec

Le gouvernement du Québec finance et gère l'ensemble du système de santé par l'intermédiaire du ministère de la Santé et des Services sociaux. Ce rôle dominant s'est consolidé graduellement au cours du siècle en fonction des interventions de l'État.

Par la création du Conseil d'hygiène en 1887, le gouvernement du Québec jetait les bases de la première structure sanitaire centrale permanente. Mais jusqu'en 1921, il a peu investi dans les soins et le rayonnement de cette instance centrale a été relativement faible. C'est véritablement dans les années vingt qu'il est entré en force dans le champ de la santé, autant par l'importance des fonds investis que par la mise en place d'une infrastructure. Sous l'impulsion d'Athanase David, ministre dans le cabinet Taschereau depuis 1919 à titre de Secrétaire et Registraire de la Province, ont été créés successivement le Service de l'assistance publique en 1921 et le Service provincial d'hygiène en 1922, dirigés tous deux par le docteur Alphonse Lessard qui avait, à toutes fins utiles, le pouvoir d'un sous-ministre. Sous l'impulsion de ces deux hommes profondément engagés dans la cause de la santé publique, le Secrétariat de la Province deviendra un véritable ministère de la Santé. Le Service de l'assistance publique avait la responsabilité de gérer la distribution des subventions pour la construction ou l'expansion des établissements d'assistance sociale, hôpitaux et autres, et pour la prise en charge des indigents. Le Service provincial d'hygiène rem-

5. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Les dépenses de santé du Québec et le financement de programmes établis* (Québec, avril 1995), 17 et 23.

plaçait l'ancien Conseil d'hygiène avec des pouvoirs accrus pour assurer la lutte contre les maladies infectieuses.

L'état de l'évolution des dépenses rend compte de l'importance de l'effort consenti pour l'époque. Les dépenses du Service provincial d'hygiène ont quadruplé en 14 ans, passant de 195 866\$, en 1922-1923 à 768 751\$, en 1935-1936. Celles du Service de l'assistance publique, au titre de l'assistance aux établissements, cumulaient 10 532 153\$ de 1922 à 1929, comparativement à 550 000\$ durant les 7 ans qui ont précédé sa création, soit de 1914-1915 à 1921-1922. À cela s'ajoute, pour 1928-1929, un montant de 7 880 000\$ en paiement des intérêts et de l'amortissement des emprunts⁶.

Le choix des maladies à combattre en priorité a été le même que celui fait au niveau national, soit les maladies vénériennes, la tuberculose et les maladies de l'enfance. Dès 1921, le gouvernement provincial acceptait la subvention annuelle offerte par le gouvernement fédéral au titre de la lutte contre les maladies vénériennes, aux conditions posées par celui-ci, soit, entre autres, d'investir une somme égale, de mettre sur pied des dispensaires gratuits pour les indigents, de créer une division de lutte contre les maladies vénériennes dirigée par un spécialiste⁷.

En ce qui concerne la lutte contre la tuberculose et la mortalité infantile, l'Assemblée législative votait en 1924 une somme de 100 000\$ par année pour 5 ans, consacrée à la création de dispensaires appelés centres d'hygiène sociale, en association avec les ligues anti-tuberculeuses, organismes privés affiliés à la Canadian Association for Prevention of Tuberculosis. Jusqu'à cette époque, la construction de sanatoriums pour le traitement des tuberculeux avait été complètement laissée à l'initiative privée. À partir de 1924, l'État interviendra en garantissant les emprunts.

Dans le but d'augmenter sa capacité d'intervention, le Service provincial d'hygiène créera, à partir de 1926, les unités sanitaires de comté chargées de dispenser l'ensemble des services préventifs et certains services diagnostiques, habituellement à l'échelle d'un comté. Elles s'étendront graduellement à tout le territoire du Québec, à l'exception des municipalités du centre de l'île de Montréal et de la

6. Rapport du Secrétaire et Registraire de la province de Québec 1928-1929, 5w et Appendice XXX, *Septième rapport annuel du directeur de l'Assistance publique pour l'année finissant le 30 juin 1929* (Québec, Imprimeur du Roi, 1929), 388 et ss; pour le Service provincial d'hygiène, *État des comptes publics de la province de Québec* (Québec, Imprimeur du Roi, 1923 et 1935-1936).

7. W. Jean-Philippe, *op. cit.*, 70-81.

ville de Québec qui conserveront leur service de santé jusqu'au début des années soixante-dix⁸.

De la fin des années quarante à 1970, le système de santé se développe considérablement en suivant les étapes et les orientations établies par le gouvernement fédéral telles que présentées dans la section précédente. À partir de 1970, avec la création du ministère des Affaires sociales et l'adoption de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, ce ministère devient véritablement le seul maître d'œuvre des services sociosanitaires.

LA CENTRALISATION

Quand on compare le système de santé du Québec avec celui des autres provinces canadiennes, notamment l'Ontario⁹, une des caractéristiques qui ressort est la concentration des pouvoirs au sein du ministère de la Santé et des Services sociaux. La responsabilité de l'hygiène et de l'assistance publique incombe historiquement au Canada au pouvoir local, c'est-à-dire les municipalités, suivant en cela la tradition britannique. Pour ce qui est de l'assistance, le Québec faisait exception en confiant cette responsabilité en grande partie à l'initiative privée des communautés religieuses. Le Québec, qui comptait déjà 876 municipalités en 1891¹⁰, n'avait pas réussi au début des années vingt, malgré de multiples efforts, à obtenir qu'elles assument leurs responsabilités en matière de santé publique. La grande majorité n'avaient ni les moyens ni la motivation voulue. La voie choisie pour assurer une couverture sanitaire adéquate sur l'ensemble du territoire fut de leur retirer cette responsabilité pour la confier aux unités sanitaires de comté, unités administratives relevant directement et exclusivement du Service provincial d'hygiène.

Cette orientation centralisatrice s'est accentuée dans les années soixante. En 1960, après 16 ans de régime conservateur, les libéraux prennent le pouvoir avec un projet réformiste audacieux de modification des structures de l'État pour en faire un outil de transformation sociale et

8. Pour l'histoire des unités sanitaires de comté, voir Georges Desrosiers, Benoît Gaumer, Othmar Keel, *La santé publique au Québec. Histoire des unités sanitaires de comté, 1926-1975* (Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 1998).

9. John Hastings, « The Ontario Health System - An Overview », dans Georges Desrosiers, dir., *Le système de santé de l'Ontario : enseignements pour le Québec* (Montréal, Les éditions administration de la santé, 1987), 33; voir aussi S. J. Corber, « La santé publique en Ontario », communication au congrès annuel de l'Association des médecins spécialistes en santé communautaire, Québec, mai 1991, texte non publié; Maureen Dixon, *The Organization of District Health Councils in Ontario, Report on research project funded by Ontario Ministry of Health* (Toronto, 1981), 160 p.

10. E. Pelletier, « Public Health in Québec », dans R. D. Defries, dir., *The Development of Public Health in Canada* (Toronto, Canadian Public Health Association, 1940), 16.

de promotion économique. Tous les secteurs de la vie sociale seront touchés. La fonction publique est considérablement développée et encadrée par de grands commis. Dans ce processus de transformation sociale, il y avait peu ou pas de place pour un élargissement, voire pour le simple maintien de certaines des responsabilités des municipalités qu'on jugeait en général peu progressistes. C'est ainsi que la Commission Castonguay-Nepveu recommande, en 1970, que les services de santé municipaux existants soient démantelés. L'opération sera exécutée entre 1973 et 1976, au profit des nouveaux départements de santé communautaire rattachés administrativement à certains hôpitaux et ultimement au ministère des Affaires sociales, et sans aucun lien avec le pouvoir politique local.

Dans les années soixante, le concept de régionalisation devient à la mode. On y voyait une alternative prometteuse à l'exclusion du pouvoir municipal, notamment dans le domaine sanitaire. C'est ainsi que fut prévue, dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux, la création de conseils régionaux, organismes purement consultatifs cependant, et qui furent remplacés, en 1992, par les régies régionales de la santé et des services sociaux. Ce niveau intermédiaire entre le ministère et les établissements constitue une forme de décentralisation plutôt qu'une véritable régionalisation puisque les régies n'ont ni pouvoir de taxation propre ni légitimité populaire.

L'AUTONOMIE DE LA PROFESSION MÉDICALE

Même si les médecins, à quelques exceptions près, sont rémunérés entièrement par l'État, ils n'en conservent pas moins une large autonomie qui les distingue, à cet égard, des autres agents du réseau de santé. Dans les établissements publics comme les hôpitaux, ils n'ont pas le statut d'employés, mais sont plutôt considérés comme des entrepreneurs indépendants dont le revenu est lié directement au nombre et au type d'actes qu'ils font. Seuls les CLSC, certains hôpitaux pour malades chroniques et certains centres d'accueil font exception à la règle. Les médecins ont réussi à maintenir ce statut à la suite d'une longue lutte contre le projet de régime public obligatoire et universel d'assurance-maladie, puis ensuite contre certaines modalités de ce régime.

Dès 1933, des représentants autorisés de la profession s'exprimaient en ce sens devant la Commission des assurances sociales (Commission Montpetit¹¹). Jusqu'à la fin des années soixante, ils ont défendu sensible-

11. *Commission des assurances sociales de Québec, 7^e rapport* (Québec, Ministère du Travail, 1933), 313-316.

ment la même position, chaque fois que l'occasion s'est présentée. Il faut mentionner une exception notable, la Fédération des omnipraticiens du Québec, fondée en 1962, qui, dès 1966, se prononçait pour un régime obligatoire, assorti cependant de recommandations visant à préserver l'autonomie des médecins à l'intérieur du régime¹². De fait, le régime adopté en 1970 ne prévoyait aucun changement au statut des médecins à l'hôpital et dans les cabinets. Il maintenait une forme de médecine libérale à l'intérieur d'un régime conventionnel de tiers payant. Le système n'a pas changé fondamentalement jusqu'à aujourd'hui, bien qu'au fil des conventions collectives successives et des amendements aux lois et aux règlements, l'encadrement soit devenu plus contraignant.

EFFORT D'INTÉGRATION DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

L'effort d'intégration des services de santé et des services sociaux apparaît dans les structures d'encadrement aux niveaux central et régional avec le ministère et les régies. Il est manifeste au niveau local dans certains hôpitaux, dans les centres de réadaptation et dans les CLSC.

L'idée d'introduire la rationalité bureaucratique dans la gestion d'ensemble des soins et de l'assistance sociale, à mesure que l'État s'engageait davantage dans leur financement, a été une préoccupation constante durant toute la décennie des années soixante, depuis le rapport du Comité d'étude sur l'assistance publique en 1963 (Rapport Boucher) jusqu'à celui de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social échelonné de 1970 à 1972 (Rapport Castonguay-Nepveu). La première mesure concrète adoptée a été la fusion, en 1970, du ministère de la Santé et de celui de la Famille et du Bien-Être social en un seul ministère appelé ministère des Affaires sociales. Elle fut suivie, en 1971, de la loi-cadre sur les services de santé et les services sociaux qui prévoyait deux structures intégratives, les conseils régionaux de la santé et des services sociaux et surtout les CLSC au niveau local.

Les CLSC sont des établissements publics répartis sur l'ensemble du territoire, intégrant soins médicaux curatifs et préventifs, services sociaux individuels et action communautaire. Ils ont constitué la réponse de l'État aux mouvements populaires des années soixante qui avaient donné naissance aux « cliniques populaires » intégrant soins et revendi-

12. Georges Desrosiers, Benoît Gaumer et Guy Grenier, *Histoire de l'Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec 1946-1991* (Montréal, Éditions de l'ACMDP, 1996), 68-69.

cations sociales. C'est dans les CLSC que la participation populaire à la gestion sera la plus marquée, bien qu'encore très encadrée. Ces établissements seront le siège de nouvelles pratiques médicales et sociales, amorcées plus tôt dans les cliniques populaires, où l'accent est mis sur la prévention, le décloisonnement professionnel et la prise en charge par les groupes de citoyens eux-mêmes de leurs problèmes sociaux et sanitaires avec le support des agents du centre. Ils seront le lieu d'une tentative de réalisation d'une médecine globale prôchée par la Commission Castonguay-Nepveu qui n'aura cependant qu'un succès très limité¹³. Car, à l'enthousiasme et à la liberté d'action des premières années, qui avaient donné lieu à toutes sortes d'expériences, succédera assez rapidement, sous le poids de l'encadrement bureaucratique, une phase marquée par la nécessité d'assurer d'abord les services sociaux et sanitaires courants déterminés par le ministère, plutôt que par la volonté d'agir comme agents de changement social¹⁴.

L'HOSPITALOCENTRISME

On parle d'hospitalocentrisme lorsque l'hôpital remplit des fonctions qui peuvent être assumées par d'autres types d'établissements, comme c'est le cas pour les soins médicaux généraux ou de première ligne. Comme il a été décrit précédemment, la place prépondérante de l'hôpital dans l'ensemble du système de santé, incluant les soins de première ligne, découle du choix fait par le gouvernement fédéral dans l'après-guerre d'adopter une politique de financement public graduel des soins en commençant par les hôpitaux. L'assurance-hospitalisation prévoyait la gratuité de l'hospitalisation et des consultations externes avec tous les examens complémentaires de laboratoire et de radiologie, mais n'étendait pas cette gratuité aux services offerts dans les polycliniques médicales privées ou dans les centres de soins ambulatoires publics. Il s'est donc développé dans les années soixante une mentalité de recours à l'hôpital, seul type d'établissement à offrir tous ces services gratuitement. Lorsque, au début des années soixante-dix, on a commencé à freiner l'expansion des services d'hospitalisation pour maîtriser l'augmentation constante des coûts, l'alternative choisie n'a pas été de privilégier le développement d'un réseau extrahospitalier, mais plutôt de renforcer les services hospitaliers externes. Cela s'est fait par deux mesures importantes.

13. Georges Desrosiers, « Les centres locaux de services communautaires au Québec », *Le Concours médical*, 30 janvier 1982, 649-653, et 6 février, 847-850.

14. Frédéric Leseman, *Du pain et des services. La réforme de la santé et des services sociaux au Québec* (Montréal, Éditions coopératives Albert Saint-Martin, 1981), 159-163 et 193-195.

La première est une disposition de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, adoptée en 1971, obligeant tous les hôpitaux généraux, même surspécialisés, à recruter des omnipraticiens et à leur confier le fonctionnement des services d'urgence. Cette obligation, qu'on ne trouve dans aucune autre province ni dans aucun autre pays, était réclamée depuis longtemps par la Fédération des omnipraticiens. L'objectif, louable en soi, était de revaloriser la médecine générale défavorisée depuis les deux décennies précédentes par le développement de la spécialisation en médecine. Mais, ce faisant, et c'est l'expérience pratique qui l'a révélé par la suite, on attachait la médecine générale (ou de première ligne) aux services d'urgence des hôpitaux, enlevant ainsi aux omnipraticiens la motivation à développer un réseau extrahospitalier étendu, intégré, capable d'offrir à la population une solution de rechange aux services d'urgence de première ligne des hôpitaux. En effet, quel intérêt pouvaient avoir les omnipraticiens à investir des fonds à même leurs honoraires pour offrir, par exemple, une couverture 24 heures par jour et 7 jours par semaine dans chaque quartier ou district du Québec, alors qu'ils étaient déjà sollicités pour le faire à l'hôpital? C'était d'autant moins intéressant qu'à la même époque, le gouvernement du Québec consentait un investissement massif dans l'amélioration des locaux et des équipements des services externes des hôpitaux¹⁵.

Par ailleurs, le gouvernement du Québec n'a pas su donner au réseau des CLSC, qu'il mettait assez timidement en place depuis 1971, les moyens d'offrir de façon systématique des soins médicaux curatifs par des investissements matériels appropriés et surtout par une politique audacieuse de recrutement de médecins. Bien au contraire, depuis le début des années 1980, dans le but de favoriser l'installation des jeunes omnipraticiens dans les régions moins bien pourvues en services médicaux, on a décrété que, pour ceux qui choisissaient de s'installer dans les régions de Montréal et de Québec, il y aurait une pénalité équivalente à une réduction de 30% des honoraires ou du salaire, selon le cas. Cette mesure avait certes une certaine logique dans un régime de paiement à l'acte où le médecin est libre de s'établir où il le désire et de fournir les services et la disponibilité qui lui conviennent¹⁶. Mais elle constituait une aberration dans un régime de salariat, comme c'est le cas pour les médecins de CLSC.

15. Georges Desrosiers et Benoît Gaumer, *L'occupation d'une partie du champ des soins de première ligne par l'hôpital général : faits, conséquences, alternatives* (Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Les Publications du Québec, rapport synthèse n° 17, 1987).

16. Une disposition de la loi de 1991 sur les services de santé et les services sociaux est venue limiter cette liberté. En effet, les omnipraticiens qui ont 10 ans ou moins de pratique sont tenus de consacrer au moins 12 heures par semaine à des activités que la régie régionale déclare prioritaire.

MANQUE D'INTÉGRATION DES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS

Une des plus grandes difficultés à laquelle se bute la réforme en cours est le manque d'intégration entre les différents établissements du réseau, comme les hôpitaux, les CLSC et les cabinets de médecins, individuels et de groupe appelés polycliniques. Jouissant encore d'une large mesure d'autonomie, chacun est peu enclin, par tradition et par intérêt, à assouplir ses positions devant des problèmes dont la solution nécessiterait un fort degré de coopération. L'engorgement chronique des services d'urgence des hôpitaux de la région de Montréal depuis le début des années soixante-dix, qui par son ampleur et sa régularité est un phénomène à peu près unique au monde, s'expliquerait en partie par cette rigidité.

Jusqu'au début des années soixante-dix, la grande majorité des établissements de soins au Québec étaient la propriété de l'entreprise privée : médecins, associations, communautés religieuses. Ils étaient tout à fait indépendants les uns des autres et souvent placés en situation concurrentielle. La mise en place de l'assurance-hospitalisation en janvier 1961 ne changera rien à cette situation ni l'assurance-maladie en 1970. On peut affirmer que les grands changements du début des années soixante-dix vont même, d'une certaine façon, accentuer le problème. En effet, aux hôpitaux et aux cabinets privés de médecins s'ajoute un nouvel établissement public le CLSC qui, par le type de personnel qu'il recrute, les idées qu'il véhicule, les pratiques qu'il privilégie, heurte de front les idées reçues et les intérêts de ces milieux. Les hôpitaux et les CLSC vont le plus souvent s'ignorer. Par contre, les médecins libéraux, surtout les omnipraticiens, vont s'engager dans une lutte à finir pour contrer toute expansion des CLSC dans le champ des soins curatifs. Ils réussiront en quelques années à créer un réseau étendu de polycliniques privées qui, de fait, constituera une véritable barrière à l'expansion des CLSC dans ce champ¹⁷. Cette situation va perdurer, nuisant d'autant au succès de la réforme engagée ces dernières années.

LA SANTÉ PUBLIQUE

Ce qu'on appelle la santé publique, c'est-à-dire les interventions de type collectif pour la prévention des maladies et la promotion de la santé, jouit d'assises solides : une mission large et clairement définie, des structures fonctionnelles, des équipes pluridisciplinaires, bien pourvues et qualifiées, une expertise reconnue par les autres acteurs du système. Ces

17. F. Leseman, *op. cit.*, 205-206.

intervenants se trouvent principalement dans les directions de la santé publique des régions régionales, mais aussi au ministère de la Santé et des Services sociaux et dans les CLSC¹⁸.

La santé publique a connu une période faste au Québec dans les années quarante et cinquante avec l'expansion du réseau des unités sanitaires de comtés et des services de santé municipaux, notamment de celui de la ville de Montréal, ainsi qu'avec la création de l'École d'hygiène de l'Université de Montréal¹⁹. Les années soixante marquent une période creuse caractérisée par un dépérissement des effectifs et une désaffection au profit du réseau hospitalier. Avec la réforme des années soixante-dix, la santé publique reprend de nouveau une place importante sous le nom de santé communautaire, grâce à une volonté politique clairement exprimée, à des budgets sensiblement augmentés et à la collaboration des universités, permettant le développement des programmes de formation et des activités de recherche.

CONCLUSION

Le système de santé québécois actuel a été façonné tout au long de ce siècle pour acquérir graduellement les caractéristiques qui sont les siennes. Il reflète dans ses structures et son fonctionnement les valeurs dominantes de la société canadienne et québécoise, essentiellement la solidarité et la liberté. Ces deux ordres de valeurs ont été et sont encore porteurs de projets souvent antagonistes.

Au nom de la solidarité, le mouvement syndical et les groupes de tendance social-démocrate ont réussi à faire adopter le financement public pour assurer l'accessibilité de toute la population à des soins d'égale qualité. Par contre, ils ont dû concéder aux représentants du milieu des affaires et de la profession médicale certains aspects controversés du concept de liberté, notamment en ce qui concerne le degré d'autonomie des médecins dans le système. À l'époque où ont commencé les débats sur l'établissement d'un régime public de soins, ce concept de liberté incluait, pour le citoyen, la liberté du choix de son médecin et de l'établissement de soins, ainsi que la liberté du choix du régime de protection contre le

18. Georges Desrosiers, « Évolution des concepts et pratiques modernes en santé publique : 1945-1992 », *Ruptures*, 3,1 (1996) : 18-28.

19. Pour l'histoire des unités sanitaires, voir note 8; pour l'histoire du Service de santé de la ville de Montréal, voir Benoît Gaumer, *Le Service de santé de la ville de Montréal : de la mise sur pied au démantèlement 1865-1975*, thèse de doctorat (sciences humaines appliquées), Université de Montréal, 1996; pour l'histoire de l'École d'hygiène, voir Georges Desrosiers, Benoît Gaumer et Othmar Keel, *Étude de l'évolution des structures et du contenu de l'enseignement universitaire de santé publique au Québec et de ses déterminants, de la fin du XIX^e siècle à 1970* (Montréal, Rapport de recherche du GRIS, Université de Montréal, 1987).

risque de maladie; pour le médecin, il signifiait la liberté thérapeutique et la liberté du choix de son mode de pratique et de rémunération; enfin, pour les établissements, cela voulait dire une large mesure d'autonomie.

Le système québécois reflète aussi avec les CLSC, mais à un moindre degré, les valeurs issues des mouvements populaires des années soixante comme la participation populaire, la médecine globale, l'intégration du social et du sanitaire et le décloisonnement professionnel.

L'opération de maîtrise des coûts du système de santé, engagée depuis près de 25 ans, mais accélérée au cours des dernières années, a fait ressurgir les antagonismes. On assiste depuis plusieurs années à un véritable assaut contre le principe de solidarité visant, au nom de la liberté de choix, à faire une place de plus en plus grande à la privatisation. Ce courant peut-il devenir assez puissant pour mettre en péril le caractère public du financement du système? Voilà une question qui est sur bien des lèvres. Je suis porté à croire qu'à moins d'une crise socio-économique majeure, la force identitaire de la valeur de solidarité enracinée dans notre culture fera contrepoids à cet assaut et que le système conservera son caractère public au début du prochain siècle.