

La régulation des professions sanitaires : l'expérience du Québec

Regulating th Health Professions: the Quebec Experience

Gilles DUSSAULT

Volume 20, numéro 2, automne 1988

La sociologie des professions

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/001223ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/001223ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Les Presses de l'Université de Montréal

ISSN

0038-030X (imprimé)

1492-1375 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

DUSSAULT, G. (1988). La régulation des professions sanitaires : l'expérience du Québec. *Sociologie et sociétés*, 20(2), 125–139. <https://doi.org/10.7202/001223ar>

Résumé de l'article

Le corporatisme professionnel est particulièrement fort au Québec où des monopoles professionnels existent depuis 1847. La prolifération des privilèges professionnels et la crainte qu'elle n'entraîne des effets négatifs pour les consommateurs de services ont amené l'État québécois à intervenir par voie législative, en 1973, pour tenter de réguler les activités des professionnels. En prenant pour champ d'observation le secteur des services de santé, cet article décrit deux interventions spécifiques: l'introduction de l'inspection professionnelle, c'est-à-dire de l'obligation pour les corporations de surveiller les activités de leurs membres pour en garantir la qualité, et l'institution d'un mécanisme de délégation d'actes professionnels, pour favoriser une division du travail sanitaire souple et adaptée aux besoins de la population. Ces interventions sont décrites et analysées à la lumière des théories dominantes en sociologie des professions.

La régulation des professions sanitaires; l'expérience du Québec



GILLES DUSSAULT

Cet article traite de la régulation des professions, en prenant pour champ d'observation le secteur des services de santé et pour horizon socio-historique, le Québec des vingt dernières années. Deux interventions de l'État québécois dans la régulation des activités des producteurs de services de santé seront brièvement décrites et analysées à la lumière des théories dominantes en sociologie des professions. Ce sont la mise en place d'un mécanisme de délégation d'actes professionnels et l'imposition aux professions reconnues d'une obligation d'«inspection» des activités de leurs membres.

La division du travail sanitaire offre un terrain de choix pour l'analyse du professionnalisme. Plusieurs questions, familières aux sociologues des professions, se posent de façon particulièrement pertinente à propos de la production sanitaire: Comment des producteurs sont-ils parvenus à acquérir et à conserver le monopole d'activités ou de titres occupationnels? Quel rôle a joué l'État dans ce processus? Quel est l'impact, économique et social, de l'attribution de tels privilèges? Le statut de professions, comme la médecine, est-il en déclin, du fait que leurs membres sont de plus en plus nombreux à être salariés et à travailler dans des organisations bureaucratiques? Ici, je m'attarderai aux questions de la formation de monopoles occupationnels et du rôle de l'État dans leur régulation; j'essaierai de les analyser à partir des données d'une étude empirique de l'impact sur les services de santé de la réglementation professionnelle mise en place (Dussault et al., 1988 a).

Le cas du Québec est intéressant à plusieurs égards; le nombre d'occupations sanitaires dont les membres jouissent de privilèges légaux d'exercice ou d'usage de titres professionnels est plus grand qu'ailleurs¹: il y en a actuellement vingt. Depuis 125 ans, l'État québécois a reconnu aux occupations titulaires d'un monopole le droit de s'autoréglementer: en 1973, il est intervenu pour réformer le régime professionnel et se donner un rôle central dans la

1. Les vingt professions sanitaires reconnues par le *Code des professions* sont les suivantes: avec privilèges d'exercice exclusif, les audioprothésistes, les chiropraticiens, les dentistes, les denturologistes, les infirmiers et infirmières, les médecins, les opticiens d'ordonnance, les optométristes, les pharmaciens, les podiatres, les techniciens en radiologie. Avec privilèges de titre réservé seulement, les diététistes, les ergothérapeutes, les hygiénistes dentaires, les infirmiers et infirmières auxiliaires, les inhalothérapeutes, les orthophonistes et audiologistes, les physiothérapeutes, les techniciens dentaires, les technologistes médicaux. Un nombre égal d'occupations ont des privilèges professionnels dans les autres secteurs d'activité, comme le droit, la comptabilité, l'architecture, etc.

réglementation des activités des occupations auxquelles il consentait des privilèges. Cette réforme a été suscitée par les travaux d'une commission d'enquête sur les services de santé dont le rapport a fait valoir (1) la nécessité de rationaliser l'octroi des privilèges occupationnels recherchés par une pléiade d'occupations; (2) d'assurer que ces privilèges n'empêchent pas le fonctionnement harmonieux et efficient des services de santé; (3) et aussi au nom de la responsabilité de l'État, de protéger le public dans ses rapports avec les professionnels de la santé, responsabilité qu'il avait jusqu'alors entièrement déléguée à ces derniers (Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, 1970).

Un *Code des professions*² a été adopté et ses principales dispositions sont de constituer les occupations bénéficiaires de privilèges de monopole en corporations professionnelles, de leur assigner des responsabilités de protection du public et de préciser les modalités de leur organisation et de leur fonctionnement. Avec un recul de près de quinze ans, il est maintenant approprié de s'interroger sur l'impact de l'intervention de l'État dans la régulation des activités des professionnels de la santé. Pour mieux la comprendre, il faut d'abord la situer dans le contexte de l'évolution de la division du travail sanitaire et des lois professionnelles, en identifier les objectifs et décrire les mécanismes mis en place pour les atteindre. On pourra ensuite évaluer dans quelle mesure ces objectifs ont été atteints et interpréter les faits observés à la lumière des théories des professions. Voyons d'abord comment a évolué la division du travail sanitaire qui a engendré la structure occupationnelle actuelle, dans laquelle certaines occupations ont le contrôle légal de secteurs plus ou moins importants de la production de soins.

LA DIVISION DU TRAVAIL SANITAIRE

Dans les sociétés industrielles avancées, la production de soins et de services de santé se fait selon deux modes. Pour la majeure partie, les soins sont produits au sein de la famille et des réseaux sociaux plus ou moins organisés et reconnus (groupes d'entraide, organismes communautaires) (Davies, 1979, Dussault et al., 1988 b): c'est la production sanitaire informelle. Un marché sanitaire où plusieurs dizaines de catégories de producteurs échangent leurs services contre rémunération, selon des règles juridiques et conventionnelles, assure le reste de la production, qu'on peut appeler la production sanitaire formelle. Ce marché est aujourd'hui un des plus importants secteurs de production et de consommation des économies occidentales. Dans les pays de l'OCDE (Organisation pour la coopération et le développement économique), le pourcentage du produit national brut consacré aux services de santé par les pays membres, varie de 6 % à 12 %. En 1985, il était de 9,2 % au Québec et 80 % de ces dépenses étaient des dépenses publiques (Contandriopoulos et al., 1988). Environ 85 % du total des sommes consacrées aux services de santé servent à rémunérer les producteurs de soins et de services sanitaires. Les enjeux de la division des tâches entre ces derniers sont, ne serait-ce qu'au plan financier, énormes.

La production formelle est faite dans le cadre d'une division du travail qui est devenue très complexe depuis les années 1940. Jusque-là, la structure occupationnelle, dans le domaine de la santé, était relativement peu élaborée. Au sommet, on retrouvait les médecins qui jouissaient du monopole légal des actes diagnostiques et du droit de prescrire et fournir des traitements. Depuis son incorporation en 1847, la profession médicale a graduellement, par délégation de pouvoirs, partagé une partie de son monopole avec les chirurgiens-dentistes et les optométristes, qui se sont fait reconnaître le contrôle d'un champ d'exercice circonscrit par des limites précises. Les autres occupations sanitaires, comme les infirmières et les pharmaciens, ont été légalement subordonnées aux médecins par le mécanisme de la prescription qui les empêchait d'offrir leurs services sans qu'un médecin ne leur en ait donné l'«ordre».

Après 1940, deux phénomènes importants se sont manifestés: d'une part, plusieurs nouvelles occupations sont apparues, soit pour prendre en charge des tâches délaissées par les occupations existantes, soit pour investir des champs de production inoccupés. Par exemple,

2. L. Q. 1973, c. 43, devenu L.R.Q. 1977, c. 26.

les techniciens dentaires ont assumé la fabrication de prothèses que les chirurgiens-dentistes ont graduellement abandonnée pour concentrer leur pratique dans les tâches plus cliniques: la physiothérapie (kinésithérapie) ou la diététique sont des exemples d'occupations qui ont développé un champ de compétence nouveau. Ces occupations n'ont pu se développer de façon autonome, en raison notamment de l'opposition des professions en place et sont demeurées subordonnées à ces dernières. Il en est résulté une division verticale du travail sanitaire plus élaborée qui a produit une structure occupationnelle hiérarchisée fondée sur des rapports de domination et de subordination.

Parallèlement, un processus de division horizontale du travail se manifestait au sein de plusieurs occupations, entraînant leur segmentation en sous-groupes spécialisés. C'est particulièrement vrai de la profession médicale: la reconnaissance formelle des spécialités date de la fin des années 1940, au Québec, et après cette date, la tendance à la spécialisation s'est brusquement accentuée chez les médecins. Aujourd'hui, 31 spécialités sont reconnues; plus de 60 le sont aux États-Unis et 47 en Grande-Bretagne (Royal Commission, 1979). Dans les faits, il existe autant de spécialités ou sous-spécialités non-reconnues officiellement, de telle sorte que la notion de «profession médicale» est devenue presque une fiction juridique et sociologique: il y a *des* professions médicales qui sont autant d'occupations avec leur sous-culture, leurs institutions, leurs intérêts particuliers. La plupart des autres occupations, quoique à des degrés moindres, vivent le même phénomène.

Malgré qu'elle soit devenue très segmentée, la profession médicale est parvenue à conserver son autorité sur la division du travail sanitaire, au moins au plan légal. Les médecins sont les seuls, à l'exception des dentistes pour leur domaine d'intervention limité, à jouir du double privilège d'exercer de façon autonome et de pouvoir diriger le travail des autres producteurs de soins, sans être eux-mêmes soumis à une évaluation ou une régulation externe. Freidson (1970) a appelé «dominance professionnelle» cette position dans la division du travail. Leur autorité sur le processus de production sanitaire est consacrée par des textes de loi qui établissent la subordination, sous un mode ou sous un autre, des autres occupations sanitaires à la médecine. Elle est aussi institutionnalisée dans les règles administratives et les traditions qui leur garantissent un accès privilégié aux centres de décision, par exemple en leur assurant d'office des sièges sur les organismes que le gouvernement doit formellement consulter.

La structure occupationnelle sanitaire est cependant loin d'être figée. En effet, la plupart des occupations subordonnées, en particulier celles dont les membres sont formés à l'université et se considèrent comme des experts autonomes, cherchent à s'affranchir de leur lien de dépendance à l'égard des médecins et à se faire reconnaître un espace ou un «abri» occupationnel réservé (Freidson, 1982). Les frontières qui séparent les territoires des occupations sanitaires sont ainsi l'objet de négociations permanentes, autant au niveau de la pratique quotidienne, comme dans les équipes multidisciplinaires, qu'à celui des rapports collectifs entre les associations de professionnels (Freidson, 1976). Ces jeux de pouvoirs impliquent l'État, sur qui les acteurs qui aspirent à assurer leur contrôle d'une part du marché des soins exercent systématiquement des pressions pour qu'il utilise son pouvoir de légiférer en leur faveur.

Devant la multiplication de ces pressions, l'État québécois est intervenu, au début des années 1970, pour rationaliser l'attribution de privilèges professionnels. Vingt occupations de la santé se sont alors vu confirmer, ou se sont fait octroyer, des privilèges d'exercice ou de titres. Depuis 1974, au moins quinze groupes, représentant autant d'occupations sanitaires, ont réclamé formellement de tels privilèges, mais un seul, les inhalothérapeutes, en a obtenu, en 1984. La parcimonie dont fait aujourd'hui preuve l'État québécois dans l'octroi de privilèges occupationnels, s'explique en partie par la prise de conscience par les décideurs, des conséquences potentiellement négatives de la formation de monopoles dans le domaine de la santé. Cette perception nouvelle des enjeux de la professionnalisation tient autant au fait que l'État est désormais impliqué au premier plan dans la gestion des fonds consacrés à la santé, qu'à l'éveil qu'ont provoqué les analyses critiques des sociologues et autres spécialistes qui ont étudié l'impact des privilèges professionnels. L'octroi de privilèges de monopole, en santé comme ailleurs, a pour effet d'exclure des groupes offrant des services qui pourraient être substitués à ceux des producteurs en place et ainsi priver le consommateur de services potentiellement

bénéfiques et moins chers. Sans compter qu'en plus de pouvoir contrôler la compétition venant de l'extérieur, les corporations professionnelles titulaires de ces monopoles, ont traditionnellement empêché la compétition entre leurs membres, par l'interdiction de la publicité et par l'établissement d'échelles tarifaires. Il en résulte que certains services sont devenus moins disponibles et plus chers (Leblanc et Lemelin, 1984, Nieuwenhuysen et Wynn-Williams, 1982, Gaumer, 1984). Enfin, l'octroi par le législateur, de privilèges d'exercice, risque également d'entraîner une compartimentation des services, en attribuant aux diverses occupations qui les produisent un territoire qu'elles défendront ensuite jalousement contre les empiètements d'éventuels envahisseurs; les coûts de cette division rigide des tâches sont difficiles à estimer, mais leur existence ne fait pas de doute.

L'ÉVOLUTION DU RÉGIME PROFESSIONNEL AU QUÉBEC

En 1965, au Québec, quarante-sept corporations professionnelles détenaient des privilèges de monopole. Entre 1847, date de la création du Collège des médecins et chirurgiens du Bas-Canada et de la Chambre des notaires, et le milieu des années 1960, l'État a consenti des privilèges professionnels à diverses occupations sans que jamais des critères explicites ne soient appliqués aux demandes qui lui étaient présentées (Dussault, 1978). Une commission d'enquête, chargée de 1965 à 1970 de revoir l'organisation du système de soins en place, a jugé ce régime professionnel à ce point inconsistant qu'elle a fait de sa révision un de ses principaux objets de préoccupation (Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, 1970). C'est sur sa recommandation que le *Code des professions* de 1973 a été adopté. Aujourd'hui, quarante corporations professionnelles, dont vingt et une ont le contrôle exclusif d'un champ d'exercice (c'est-à-dire que seuls leurs membres sont autorisés à exécuter certaines tâches), et dix-neuf celui d'un titre, sont régies par ce *Code*. Pour des raisons de faisabilité politique, la Commission n'a pas rejeté le corporatisme comme mode de réglementation, mais a plutôt voulu l'adapter aux nouvelles réalités sociales qu'elle percevait: un public mieux informé et plus exigeant; des professionnels salariés de plus en plus nombreux; une production privée de services professionnels en décroissance; un degré croissant d'interaction entre professionnels de disciplines différentes. Elle a choisi de recommander le maintien du principe de l'autogestion, en l'assortissant de mécanismes d'imputabilité et d'obligations de protection des intérêts du public. Elle recommandait aussi la mise en place de structures corporatives uniformes, la participation du public à l'administration des corporations et la formulation de critères d'incorporation.

Un projet de loi inspiré de ces principes a été déposé en 1971 et soumis à une commission parlementaire qui a entendu 153 mémoires, présentés surtout par des associations professionnelles. Le projet de code a été rejeté par la quasi-totalité de ces groupes; certains y voyaient un empiètement sur leurs droits acquis, alors que d'autres estimaient qu'il ne leur accordait pas suffisamment de privilèges (Dussault, 1981). La création d'un organisme de surveillance, l'Office des professions, et la présence de représentants du public au conseil d'administration des corporations ont été vues par plusieurs professionnels comme des atteintes majeures à leur liberté (leur droit, selon certains) de s'autogérer.

Entre le dépôt du projet de loi et l'adoption du *Code des professions*, les associations professionnelles ont fait un lobbying soutenu pour établir les limites de leur territoire. De nombreux amendements ont été apportés au projet initial: en particulier, quelques occupations ont été exclues de la liste originale des professions d'exercice exclusif (physiothérapeutes, orthophonistes et audiologistes) et ont été ajoutées à la liste des professions de titre réservé, auxquelles ont été ajoutées quatre occupations qui n'étaient pas mentionnées dans le projet de loi (comptables en administration industrielle, ergothérapeutes, infirmières auxiliaires et technologues médicaux).

Le *Code* de 1973 assigne aux corporations le mandat de protéger le public, notamment par la surveillance de la qualité de l'exercice de leurs membres et par l'exercice de la discipline. Il leur impose l'obligation d'adopter des règles de déontologie, de faire l'inspection de leurs membres et de créer un comité de discipline pour sanctionner les délinquants. Il institue aussi

un mécanisme de délégation d'actes professionnels pour atténuer l'effet des restrictions d'exercice qu'entraîne la reconnaissance de champs exclusifs. Il s'agit d'un mécanisme par lequel une corporation peut autoriser les membres d'une autre occupation à exercer des actes normalement réservés à ses membres, dans la mesure où il n'en résulte aucun danger pour le public (art. 37); son utilité prévue était d'empêcher que les définitions des champs d'exercice ne figent l'évolution de la distribution des services, et d'encourager la collaboration interprofessionnelle nécessaire à l'atteinte des objectifs d'intégration des services socio-sanitaires. Le *Code* crée un Office des professions pour «veiller à ce que chaque corporation assure la protection du public» et lui confère des pouvoirs de recommandation au Gouvernement quant à la constitution, à la dissolution ou à la fusion de corporations, ainsi qu'à la modification des lois et règlements professionnels. L'Office a aussi le pouvoir de se substituer aux corporations qui ne satisferaient pas aux obligations que la loi leur fait (art. 12).

Jusqu'à quel point ces mécanismes ont-ils produit les résultats attendus? Les cas des mécanismes d'inspection professionnelle et de délégation des actes professionnels, dont on attendait qu'elles améliorent la qualité de l'exercice et favorisent la coopération interprofessionnelle, seront maintenant examinés de plus près.

L'INSPECTION PROFESSIONNELLE

L'inspection professionnelle consiste à évaluer la qualité de l'exercice des membres d'une corporation et à en vérifier la conformité aux normes acceptées. Elle est obligatoire³, et toutes les corporations l'exercent au moins nominalement. Les corporations sont tenues de créer un comité d'inspection professionnelle, mais l'activité de ces comités a varié beaucoup d'une corporation à l'autre. Par exemple, au cours de la période 1978-85, le nombre de réunions a varié de une à seize, variation qui est indépendante de la taille ou du statut économique des corporations. Une évaluation de l'efficacité de l'inspection en termes d'amélioration de la qualité de l'exercice ou de protection du public n'est pas possible, faute de définition acceptée de la notion de «qualité de l'exercice professionnel». L'évaluation ne peut alors porter que sur le type et le volume d'activité des corporations en matière d'inspection, comme indicateurs des efforts faits pour atteindre les objectifs assignés aux corporations par le *Code*.

Les différences observées au plan des activités sont importantes: les corporations pourraient être classées sur un continuum où on trouverait, à une extrémité, des corporations pour qui l'inspection professionnelle est une activité principale et à l'autre, des corporations qui n'ont à peu près pas d'activités à ce niveau. Globalement, on observe que seule une minorité de corporations consacrent une partie importante de leurs ressources à l'inspection de leurs membres. Seules la Corporation des médecins et l'Ordre des infirmières ont des inspecteurs à temps plein. L'absence d'inspecteurs dont c'est la seule fonction, oblige les autres corporations à recourir aux services de membres agissant à titre d'experts: ceux-ci peuvent eux-mêmes être éventuellement l'objet d'une inspection et être appelés à juger les activités de collègues avec qui ils sont susceptibles d'avoir des rapports professionnels. Les risques de conflit d'intérêt s'en trouvent accrus d'autant.

Les petites corporations d'exercice exclusif ont les moyennes de membres inspectés les plus élevées, à l'exception de la Corporation des médecins. La Corporation des audioprothésistes a en moyenne visité 22 % de ses membres annuellement et la Corporation des podiatres,

3. Les corporations sont tenues d'instituer un comité d'inspection professionnelle sans que la loi ne précise autrement ce qui est attendu de ce comité, si ce n'est de dire qu'il «surveille l'exercice de la profession par les membres et (qu') il procède notamment à la vérification de leurs dossiers, livres et registres relatifs à cet exercice» (*Code des professions*, art. 112) et qu'il doit faire rapport de ses activités annuellement. Chaque corporation définit, par règlement, la procédure de l'inspection, ce qui habituellement signifie préciser la composition du comité et les règles de son fonctionnement et définir les modalités générales d'enquête, comme les délais de l'avis d'une visite d'inspection, les droits du professionnel qui fait l'objet de l'inspection, etc. Rien dans la loi ne précise à quelle fréquence les membres doivent faire l'objet d'une inspection ni quels critères de qualité d'exercice ils doivent satisfaire. En réalité, les corporations sont laissées à elles-mêmes avec le résultat que l'activité d'inspection est perçue et exercée de façon très différente d'une profession à l'autre.

17 %. Seul l'Ordre des pharmaciens a visité en moyenne une proportion aussi grande de sa population, soit 21 %; la Corporation des denturologistes a visité en moyenne 13 % et la Corporation des physiothérapeutes, 11 %. Ces cinq corporations comptent parmi celles qui ont alloué les sommes les plus importantes à l'inspection entre 1978 et 1985 (entre 29,33 \$ et 40,45 \$ par membre en moyenne par année), avec celles des ergothérapeutes, des optométristes et des médecins.

Parmi les quatorze corporations pour lesquelles nous disposons d'informations complètes⁴, c'est la Corporation des hygiénistes dentaires qui affiche la proportion annuelle moyenne de membres visités la plus faible avec 3 %, suivie de l'Ordre des dentistes, de l'Ordre des optométristes, de la Corporation des orthophonistes et audiologistes et de celle des techniciens dentaires qui ont visité en moyenne au cours de la période moins de 5 % de leurs membres par année. Depuis 1982, la Corporation des techniciens dentaires n'effectue plus d'inspections. Ces corporations ont dépensé le moins en moyenne, pour l'inspection, entre 5,72 \$ et 9,30 \$ par membre, par année. L'Ordre des optométristes fait exception, avec 25,80 \$ dépensés par membre. Les activités d'inspection et les sommes qui y sont allouées sont indépendantes de la taille, du type d'incorporation et du statut économique des corporations. Cependant, cette constatation doit tenir compte du fait que plusieurs corporations ont reçu des subventions de l'Office des professions pour fins d'inspection professionnelle. Ce sont surtout les corporations de petite taille qui en ont bénéficié.

Plusieurs corporations (infirmières, chiropraticiens, diététistes, technologistes médicaux et techniciens dentaires) considèrent l'inspection professionnelle comme trop onéreuse et remettent en question les modalités prévues: elles proposent leur remplacement par un questionnaire d'auto-évaluation. Cette proposition revient à substituer l'auto-évaluation à l'évaluation par les pairs, autrement dit, à rétablir les pratiques antérieures à la réforme de 1973. Les corporations peu actives en inspection invoquent le manque de personnel et de ressources financières pour se justifier. Pourtant elles parviennent à trouver des ressources pour des campagnes publicitaires invitant le public à recourir aux services de leurs membres ou pour assumer des frais substantiels pour des procédures juridiques visant à mieux établir leur position dans la division du travail.

L'observation qu'une corporation est très active dans la surveillance de ses membres ne permet pas de conclure que le public est mieux protégé pour autant. Pour en arriver à cette conclusion, il faudrait savoir comment cette surveillance s'exerce, quels sont les critères qui permettent de juger de la qualité de l'exercice du professionnel, comment on s'assure que ces critères sont respectés, etc. Notons toutefois que dans les cas où les membres d'une corporation travaillent sous la surveillance d'autres professionnels dans des établissements, avec une marge d'autonomie étroite, il n'est pas évident que l'inspection ajoute beaucoup à la protection du public: ce serait le cas, par exemple, des techniciens qui travaillent sous la supervision directe d'un médecin ou d'un dentiste. Par contre, lorsque des professionnels travaillent de façon autonome, en privé ou même dans un établissement où ils sont soumis au contrôle de leurs pairs ou de l'administration, l'absence d'inspection est plus conséquente au sens où le professionnel ne fait l'objet d'aucun contrôle autre que celui du code d'éthique qu'il s'est engagé à respecter. C'est la surveillance des personnes les plus à risque, soit celle des praticiens autonomes, qui est la plus importante mais aussi la plus onéreuse, et la plus facilement négligée.

En résumé, on peut observer que l'application des règles prescrites par la loi quant à la surveillance de l'exercice des professionnels a été très inégale: des corporations ont été très actives, d'autres peu, de sorte qu'on peut difficilement conclure que l'intervention étatique a produit les effets attendus. D'autre part, on observe aussi que l'agence chargée de veiller à ce que les corporations remplissent leurs obligations, à savoir l'Office des professions, n'a pas cherché à évaluer leurs activités ni n'a utilisé les pouvoirs que la loi lui confère pour s'assurer de leur application. S'il est vrai que l'État est intervenu pour subordonner l'obtention de privilèges professionnels à des responsabilités de protection du public, et a, théoriquement, assujéti les professions à son contrôle, dans les faits, ce contrôle n'est à peu près pas exercé.

4. Les rapports annuels des corporations professionnelles ne fournissent pas une information uniforme qui permette la comparaison entre les activités d'une année à l'autre ou d'une corporation à l'autre.

On peut douter que le rapport des professions à l'État ait changé de façon significative avec l'adoption d'un nouveau cadre réglementaire.

LE MÉCANISME DE DÉLÉGATION DES ACTES PROFESSIONNELS

La qualité, l'efficacité et le coût des services de santé dépendent pour une bonne part de la façon dont leurs producteurs se partagent les tâches nécessaires à leur production et interagissent. Il n'est donc pas étonnant, que, devenu maître d'œuvre du domaine de la santé, l'État ait voulu intervenir à ce niveau. La compétition et les conflits qu'entraînent les disputes territoriales desservent le consommateur et ont un impact négatif sur le coût des services. Actuellement, la tendance dominante chez les professions qui ont des privilèges d'exercice, comme les médecins, les infirmières et les dentistes, est de déléguer le moins possible même s'il y a du personnel moins coûteux pour exécuter des tâches qui n'exigent pas un degré de compétence élevé. Plusieurs facteurs, dont la discussion n'entre pas dans le cadre de cet article, incitent les professions à adopter cette attitude. Parmi eux, il y a les lois qui consacrent le principe du contrôle exclusif d'un champ d'activité et favorisent le sens de la territorialité ainsi que des facteurs économiques comme la rémunération à l'acte ou la décroissance du marché de l'emploi dans les services de santé.

La délégation d'actes professionnels existe depuis longtemps. Traditionnellement un médecin autorisait une infirmière à poser des actes médicaux, selon son évaluation de sa capacité à les poser. Ceci n'entraînait pas l'obligation pour la profession médicale de déléguer ces actes à toutes les infirmières. La division du travail était en quelque sorte négociée au niveau des rapports de travail individuels. Le *Code des professions* a modifié les règles du jeu en formalisant le processus de délégation et en le faisant passer du niveau individuel et informel au niveau collectif et légal. Le législateur voulait ainsi favoriser «l'adaptation continue» des champs d'exercice et favoriser une meilleure complémentarité entre les producteurs de services.

En février 1974, l'Office des professions a demandé aux professions visées⁵ d'entamer les procédures d'adoption d'un règlement de délégation. L'exercice obligeait à définir avec plus de précision les frontières des champs de pratique. Les délégants ont adopté une stratégie prudente consistant à déléguer des actes qui n'étaient pas toujours exclusifs à leurs membres. Par exemple, le premier projet de délégation d'actes médicaux (mars 1976), a provoqué de la part de l'Ordre des infirmières le reproche que les médecins prétendaient leur déléguer des actes leur appartenant déjà. Comme délégant, l'Ordre des infirmières adoptait le même comportement et privait ses délégataires, les infirmières auxiliaires, du droit de poser des actes qui leur étaient habituellement reconnus. L'Ordre invoquait l'argument que toutes les auxiliaires n'avaient pas la formation nécessaire pour poser ces actes et qu'on ne pouvait donc déléguer des actes que seule une minorité pouvait poser. L'Office des professions est intervenu pour enjoindre aux médecins et aux infirmières de ne déléguer que des actes qui leur étaient vraiment exclusifs. En déléguant des actes-frontière dont la «propriété» était ambiguë, les délégants se les appropriaient en quelque sorte.

Les infirmières estimaient que l'intégrité de leur champ d'activité était menacée à la fois par les médecins et par les auxiliaires et leur Ordre décida de tout faire pour la protéger et même la renforcer (Dussault et Potvin, 1983). Quatre années de négociations n'ont pas permis de produire un accord et c'est finalement l'Office des professions qui trancha les débats et proposa au ministre responsable, deux projets de règlement (actes médicaux et actes infirmiers) où plusieurs points restaient en litige. Les médecins se sont alors rangés du côté des auxiliaires pour faire opposition aux infirmières. Ils n'appréciaient pas les clauses du projet des infirmières qui défendaient à une auxiliaire de travailler avec un médecin à moins qu'une infirmière assure le lien. Les auxiliaires étaient utiles en pratique privée et leurs services étant moins coûteux que ceux des infirmières; il était important qu'elles conservent une certaine autonomie de pratique pour que ces avantages soient maintenus.

5. Les corporations touchées par cette mesure sont celles des chimistes, des médecins, des dentistes, des infirmières, des optométristes, des pharmaciens et des podiatres.

Une Commission parlementaire a été convoquée en mars 1979 pour rapprocher les parties, mais n'a pas réussi à le faire. Les règlements de délégation d'actes médicaux et infirmiers ont finalement fait l'objet, en mai 1980, de décrets en vertu desquels la Corporation des médecins délègue 41 actes médicaux aux infirmières, actes auxquels les infirmières auxiliaires peuvent «contribuer et participer» sous certaines conditions de surveillance. L'Ordre des infirmières, de son côté, délègue 16 actes aux auxiliaires et aux puéricultrices. Il aura donc fallu en tout six ans pour en arriver à l'adoption de règlements qui ont laissé tous les groupes concernés plus ou moins insatisfaits. En décembre 1984, la Corporation des auxiliaires a d'ailleurs porté ses revendications devant les tribunaux pour demander de déclarer les règlements illégaux: cette affaire est toujours pendante.

La réglementation de délégation d'actes devait, selon la loi, s'appliquer à sept corporations professionnelles. Trois corporations (chimistes, optométristes, podiatres) n'y ont toujours pas donné suite. La première corporation à se conformer à cette obligation fut celle des pharmaciens qui, en novembre 1975, procéda à une délégation en faveur des commis en pharmacie. La délégation d'actes médicaux et infirmiers a été imposée en 1980. Un décret sur la délégation des actes dentaires a été adopté en 1982 après plusieurs années de négociations âpres avec les hygiénistes dentaires. Il a été aussitôt contesté par l'Ordre des dentistes et par l'Association des chirurgiens-dentistes du Québec, une association de type syndical. Il a finalement été déclaré inconstitutionnel en septembre 1984, parce qu'il avait été adopté en français seulement. En mai 1985, l'Ordre des dentistes a publié un nouveau projet de règlement encore plus restrictif que celui de 1982 et par conséquent moins acceptable aux hygiénistes, qui n'a toujours pas été adopté. D'autres dossiers de délégation, ceux de l'orthoptique et des soins de réadaptation physique, sont toujours en suspens.

En somme, depuis l'institution du mécanisme de délégation, seulement quatre corporations sur sept, s'y sont conformées et pas toujours de bon gré. Pour ce qui est de l'application des règlements, on ne connaît ni son étendue ni ses modalités. Actuellement, nous ne disposons que d'évaluations faites par des informateurs clés qui observent que le règlement de délégation des actes infirmiers est le plus appliqué (Dussault *et al.*, 1988b). Environ 75 % des établissements ont un protocole de délégation d'actes infirmiers et l'appliquent, alors que la délégation des actes médicaux serait appliquée dans moins de 50 % des établissements. Quant à l'uniformité dans l'application des règlements, il semble qu'elle soit quasi impossible à assurer en raison de la très grande variabilité des conditions locales.

Les comportements des corporations professionnelles, par leur peu d'empressement à adopter et à appliquer la réglementation des actes délégués, témoignent éloquemment du détournement des objectifs initiaux du mécanisme de délégation. En réalité, il s'est avéré un instrument d'expansion des champs d'exercice exclusif des corporations délégantes, engendrant ainsi un contentieux important. L'Ordre des infirmières voyait dans la délégation d'actes l'occasion de se faire reconnaître le «champ du nursing», d'accéder au statut de profession autonome et d'établir une relation hiérarchique entre elles et les auxiliaires. Ces objectifs ont été à l'origine de fortes tensions avec les médecins et surtout avec les auxiliaires. Les médecins tenaient à l'intégrité de leur champ d'exercice et en tant qu'entrepreneurs rémunérés à l'acte, craignaient pour leurs revenus, en raison d'un règlement de la Régie de l'assurance-maladie qui stipule qu'un médecin ne peut être rémunéré que s'il pose un acte lui-même ou y participe directement. La solution a été d'accompagner chaque acte délégué d'une modalité de surveillance médicale, laissant ainsi au médecin la responsabilité directe de l'acte et donc la possibilité de le facturer.

Pour les infirmières et pour les auxiliaires, l'enjeu important était l'impact appréhendé de la délégation sur le nombre d'emplois. En période de rationalisation budgétaire, les infirmières craignaient qu'on ne cherche à les remplacer par un personnel moins coûteux. Cette crainte existait même si ce sont les directions des soins infirmiers qui sont responsables, dans les établissements hospitaliers, de l'ensemble du personnel infirmier, y compris les auxiliaires. Selon la Corporation des infirmières auxiliaires, les infirmières ont utilisé cet avantage plutôt pour substituer des infirmières aux auxiliaires. Les données disponibles montrent en effet que le nombre d'auxiliaires, exprimé en équivalents plein temps, employées dans le réseau public des établissements de santé, a diminué de 2,5 % de 1978 à 1984, alors que le nombre

d'infirmières augmentait de 24,0 % (Dussault *et al.*, 1988b). L'information disponible (Comité sur la main-d'œuvre infirmière, 1987) ne permet pas toutefois de conclure au recours à une stratégie délibérée d'exclusion des auxiliaires, mais les statistiques montrent que les auxiliaires n'avaient pas tort de considérer les négociations sur la délégation comme déterminantes pour la survie de leur occupation.

L'application des règlements de délégation d'actes médicaux et infirmiers n'a donc pas permis la réalisation des objectifs du législateur. Au contraire, elle semble plutôt avoir donné lieu à un juridisme de plus en plus contraignant, l'opposé de la «souplesse» recherchée au départ. Les délégants avaient peu à gagner de leur délégation et beaucoup à perdre en pouvoir, en prestige ainsi qu'en termes économiques alors que les délégataires n'avaient rien à perdre *a priori*. Des intérêts aussi différents n'ont pu que rendre difficile l'application du règlement telle qu'imaginée par le législateur.

Passons maintenant à l'analyse qu'on peut faire des phénomènes qui viennent d'être décrits: l'émergence d'une structure occupationnelle hiérarchisée dans le domaine de la santé et l'échec relatif des efforts de l'État pour réguler les tensions et les «dysfonctionnements» qu'elle engendre.

LA DYNAMIQUE DU PROFESSIONNALISME

Les sociologues cherchent depuis longtemps à expliquer comment des personnes sont parvenues à se faire reconnaître légalement des privilèges occupationnels qui procurent à leurs titulaires un avantage sur le marché, en les plaçant en situation de monopole ou de quasi-monopole. Les détenteurs de privilèges occupationnels et ceux qui aspirent à le devenir, justifient leur statut par la nécessité de protéger le public — même malgré lui — contre les incompetents et les charlatans. Ils avancent que laisser d'autres qu'eux-mêmes, qui n'auraient pas une formation sanctionnée par une institution reconnue et ne se soumettraient pas à un ensemble de règles de conduite prescrites, comporte des risques importants pour le public. Par exemple, laisser d'autres que les médecins offrir des services de diagnostic mettrait en danger la santé des populations parce que les individus peuvent difficilement juger de la valeur des services qui leur sont proposés, faute d'avoir les connaissances requises. Il s'en suit qu'il est impérieux de restreindre l'exercice de fonctions comportant des risques potentiels pour la santé, aux seules personnes dont la compétence a été vérifiée. Et comme les non-médecins n'ont pas la capacité de mesurer la compétence médicale, il est légitime que les responsabilités de contrôle et de surveillance de l'exercice soient déléguées aux associations de médecins. En vertu d'un contrat social tacite, celles-ci s'engagent, en contrepartie, à assurer le public de la qualité des services mis à sa disposition (Gross, 1984, Dussault, 1978).

Ce type de justification ne saurait tenir lieu d'explication du statut particulier des professions dans la division du travail. Elle appartient essentiellement au discours idéologique que les élites des occupations tiennent sur elles-mêmes pour convaincre la société de la légitimité de leurs prétentions à des privilèges de monopole (Gyarmati, 1975). La sociologie des professions a mis du temps à se distancer de ce discours. Longtemps, on a cherché à expliquer le statut particulier des professions par leurs caractéristiques distinctives, comme la maîtrise d'un savoir ésotérique acquise au cours d'un long processus formel de formation sanctionné par des diplômes reconnus, et l'adhésion à une éthique qui subordonne le bien-être du producteur à celui de ses clients. Cette approche taxinomique (Klegon, 1978) a été abondamment critiquée, surtout depuis les travaux maintenant classiques de Freidson (1970) et de Johnson (1972), comme a-historique, non validée empiriquement (Roth, 1974) et comme n'étant qu'une traduction pseudo-scientifique du discours des professionnels sur eux-mêmes (Benguigui, 1972).

Plus récemment, deux approches en sont venues à dominer l'interprétation sociologique de l'émergence des professions. La plus développée est l'approche néo-wébérienne (Saks, 1983), qui envisage la professionnalisation des occupations comme un processus de fermeture sociale par lequel des groupes de producteurs cherchent à restreindre l'accès à un segment du marché à un cercle limité de personnes (Parkin, 1979). Cette fermeture se fait par l'exclusion des concurrents actuels ou potentiels; par exemple, si, pour l'exercice d'activités données, les membres d'une occupation réussissent à rendre légale l'obligation de posséder certains

diplômes dont ils sont eux-mêmes titulaires, ils parviennent alors à se réserver l'accès à un secteur de production et aux bénéfices que ce monopole comporte. Pour y arriver, un groupe occupationnel doit établir la crédibilité de ses arguments et obtenir le support, ou du moins éviter l'opposition, de groupes sociaux significatifs (Freidson, 1982, Berlant, 1975). Il doit aussi légitimer ses demandes en démontrant qu'elles ne sont ni discriminatoires ni justifiées par des intérêts particuliers (Parkin, 1979). Ainsi, l'accès à la profession doit apparaître comme ouvert à quiconque parvient à satisfaire des conditions d'entrée qui peuvent être sévères, mais qui s'appliquent également à tous (Larson, 1977). Il doit surtout obtenir le soutien des décideurs politiques qui, en dernière instance, confèrent la légitimité juridique à la fermeture d'un champ de production. Une fois acquise, la fermeture légale procure aux membres de l'occupation bénéficiaire des avantages non négligeables sur leurs concurrents. Parmi les principaux, notons la protection de la loi, une aura de légitimité et un accès privilégié à des ressources financières, administratives et politiques, sous forme d'accès exclusif à certaines fonctions, à des postes d'influence dans l'appareil gouvernemental, à des fonds de recherche, etc. Avec le temps, ces privilèges deviennent institutionnalisés et renforcent la capacité du groupe privilégié à s'opposer à toute atteinte à son champ réservé. Ainsi, les médecins et les dentistes, dont le statut a été établi sur des bases légales au milieu du 19^e siècle, étaient dans une position de force relative quand de nouvelles occupations sont apparues sur le marché des soins. Pour maintenir intactes les frontières autour de ce qu'ils estimaient être leur territoire légitime, ils ont utilisé diverses stratégies à l'endroit des nouvelles occupations sanitaires. Le plus souvent, ils les ont subordonnées en obtenant qu'elles soient privées du droit de poser un diagnostic (infirmières, techniciens en radiologie, physiothérapeutes). Dans certains cas, ils ont obtenu qu'elles soient confinées à des activités limitées (optométristes, podiatres). Dans d'autres cas, ils ont milité pour obtenir leur élimination, tantôt avec succès (infirmières dentaires, sages-femmes), tantôt sans succès (chiropraticiens). L'exclusion, la limitation, la subordination sont autant de modalités du processus de monopolisation (Willis, 1983).

Les stratégies d'exclusion sont toutefois loin de toujours réussir: certains concurrents sont suffisamment forts pour y résister et parviennent à gagner un statut relativement autonome. Par exemple, au Québec, les chiropraticiens ont résisté à cinquante années de campagnes systématiques de la profession médicale pour les éliminer. Ils ont finalement obtenu le droit d'exercer de façon autonome, en 1973, mais ils restent exclus du système de soins et du système d'éducation, ce qui limite considérablement les possibilités de leur développement. Les pratiques restrictives des professions dominantes ont leur contrepartie dans les pratiques usurpatrices des groupes exclus ou subordonnés qui cherchent à renégocier leur rapport au groupe dominant (Parkin, 1979; Freidson, 1976). Ces groupes cherchent aussi à convaincre l'État de la légitimité de leurs demandes et à s'attirer son soutien. Pour les néo-wébériens, celui-ci est acquis au terme d'un processus socio-politique par lequel un groupe de producteurs a pu, par des stratégies de légitimation, obtenir un soutien important d'une clientèle et de groupes influents (partis politiques, universités, médias) et à résister à l'opposition de ses concurrents ou à la neutraliser. Weber avait déjà observé, il y a longtemps, que «les institutions sociales sont rarement, sinon jamais, le reflet des intérêts d'un seul groupe, mais sont généralement le produit de l'interaction de plusieurs groupes qui cherchent à faire valoir leurs intérêts particuliers» (Berlant, 1975, notre traduction). Il en va ainsi de la division et de l'organisation du travail sanitaire qui apparaissent comme un «ordre négocié», déterminé par les conditions sociales et historiques de sa production.

Cette vision de la division du travail comme un champ de négociations entre des groupes qui aspirent à contrôler une portion d'un marché et dont les chances d'y parvenir sont fonction de leur capital de légitimité et d'appuis politiques, est contestée par la sociologie des professions d'inspiration marxiste. Ses tenants rejettent l'idée que la structure occupationnelle sanitaire peut être expliquée par l'action des groupes occupationnels, par les avantages qu'ils tirent de leur savoir ou par le soutien qu'ils sont parvenus à obtenir de groupes sociaux influents. Cette explication serait inadéquate parce qu'elle ignore le rôle central joué par des forces extérieures au champ de la production sanitaire. Brown (1973), par exemple, affirme que la division du travail sanitaire ne fait que refléter les caractéristiques générales de la division capitaliste du travail et que «le fait que des occupations spécialisées soient contrôlées par des occupations

«supérieures» et que des occupations se fassent concurrence, émane d'un système économique fondé sur le profit où le bénéfice des uns dépend des pertes des autres». Pour Johnson (1977), la position d'une occupation dans la division du travail est fonction de sa contribution aux fonctions globales du capital, c'est-à-dire à la production de profit et à la reproduction des rapports sociaux qui assurent le maintien du mode de production capitaliste. Dans le domaine de la santé, la position privilégiée des médecins résulterait de leur contribution au processus de reproduction de la force de travail, en rendant leur capacité productive aux personnes affectées d'une maladie ou victimes d'un accident. Pour Willis (1983), la division du travail sanitaire doit être comprise dans le contexte socio-politique plus vaste dans lequel elle a pris forme et on doit chercher l'explication de la dominance de certaines occupations dans les liens qui les unissent à la classe dominante. Le maintien par l'État d'une structure occupationnelle hiérarchisée apparaît alors comme congruente avec celui de la structure de classes, et l'octroi de privilèges occupationnels doit être vu comme déterminé par la contribution attendue, d'un groupe de producteurs, au maintien et à la reproduction de cette structure.

Comme à propos d'autres phénomènes sociaux, l'analyse sociologique du professionnalisme propose donc des explications divergentes. Saks (1983) attribue ce fait en partie à la pauvreté relative des efforts faits pour établir les fondements empiriques de l'abondante production théorique à laquelle l'étude des professions a donné lieu. L'analyse de la formation de monopoles professionnels au Québec reste en bonne partie à faire et elle exigera des travaux de sociologie historique poussés. L'analyse que nous avons pu faire de l'évolution récente de la division du travail sanitaire tend à montrer qu'elle est effectivement un objet de négociation entre des groupes de producteurs qui s'en disputent le contrôle. Ces derniers construisent un discours et des stratégies qui visent à établir la légitimité sociale et juridique de leurs aspirations à la monopolisation d'un segment du marché des soins. Ils forment des alliances et exercent des pressions pour que l'État utilise ses pouvoirs en leur faveur. Ce qu'il nous faudrait pouvoir expliquer, c'est pourquoi certains producteurs réussissent dans cette entreprise où le plus grand nombre échouent. Quel est le rôle de l'État et de ses agences dans la formation de groupes occupationnels privilégiés? Comment son appui au projet de monopolisation d'un groupe de producteurs est-il acquis? Comment expliquer que dans des sociétés comparables, l'État réglemente différemment l'exercice d'une profession, comme la médecine par exemple, tantôt lui attribuant des privilèges étanches, tantôt faisant preuve de tolérance à l'endroit de ses concurrents (Stepan, 1985)? L'État joue-t-il un rôle d'arbitre et de régulateur des luttes interprofessionnelles ou un rôle de défenseur des intérêts établis par la mise en place d'une division du travail favorable aux intérêts des classes dominantes? Voyons ce que nous permet d'en dire notre analyse des efforts de régulation tentés par l'État québécois depuis 1973.

LA RÉGULATION DES PROFESSIONS

L'analyse limitée que nous avons pu en faire nous indique que les mécanismes de délégation d'actes et, au moins partiellement, ceux de surveillance de l'exercice professionnel n'ont pas produit les effets attendus. On pourrait proposer une première interprétation en termes d'absence de volonté réelle de l'État de modifier radicalement le mode de production de services sanitaires. L'État protégerait les intérêts de la classe dominante dont les professions dominantes font partie intégrante ou, au moins, sont les alliés objectifs. Pour l'État, utiliser son pouvoir législatif pour imposer une division du travail plus égalitaire heurterait ces intérêts et pourrait entraîner des modifications dans les conditions qui permettent leur protection et leur promotion. En s'en remettant à l'esprit de coopération des professions et à des mesures incitatives pour favoriser un nouveau partage des tâches, l'État paraît vouloir changer le statu quo et répondre aux critiques dont il est l'objet, mais en fait s'assure qu'il ne change pas trop radicalement. En réformant le régime professionnel, l'État québécois s'est donné des pouvoirs explicites d'intervention dans la production des services sanitaires, mais ne les a pas utilisés pour ne pas remettre en cause un mode de production congruent avec les intérêts dominants. Son objectif se limiterait à réguler les conflits entre les producteurs pour éviter qu'ils n'entraînent des perturbations sociales et à s'assurer que le système de soins continue à être une source

de profit pour les producteurs de services et les producteurs de matériel et d'équipement. Les lois professionnelles adoptées en 1973 devraient être vues comme des mécanismes de régulation et non comme des déclencheurs de changement, ce qui explique l'inertie de l'État dans leur application.

Il est vrai qu'il y a un discours étatique qui met l'accent sur l'efficacité dans l'harmonie et sur le maintien du statu quo, ou même le passage, par la privatisation, à un mode de production jugé plus efficient (Groupe de travail sur la révision des fonctions et des organisations gouvernementales, 1986). Mais rien n'indique que ce discours domine et détermine les pratiques de l'État québécois. Celles-ci doivent désormais tenir compte d'un acteur peu présent jusqu'à maintenant dans les débats sur la division et l'organisation du travail sanitaire, soit le consommateur de services de santé, qui affirme de plus en plus ses attentes à l'endroit des producteurs de services et qui exige de l'État une régulation plus stricte de leurs activités.

Une autre explication de l'échec relatif des mesures de régulation serait que les professions sont devenues des groupes de pression suffisamment forts pour résister aux contrôles externes. Elles se sont dotées d'organisations fortes et structurées, disposent d'appuis sociaux et politiques importants, présentent une image publique suffisamment crédible pour conserver le soutien de la population et font un lobbying efficace auprès des décideurs. Elles ont accumulé un capital de prestige et un pouvoir économique suffisants pour résister aux efforts de l'État en vue de limiter leur marge de manœuvre dans la gestion de leurs propres affaires. Dans le processus de négociation des modalités de la production sanitaire et de l'organisation du marché des soins, ces professions parviennent à obtenir et à conserver des avantages qu'elles monopolisent ensuite, au nom du bien public. En réalité, ce sont leurs membres qui en sont les premiers bénéficiaires et c'est ce qui explique la vigueur de leurs efforts pour résister au changement et aux contrôles externes.

Laquelle de ces explications rend compte le plus adéquatement de l'expérience québécoise? Chacune propose des éléments d'interprétation qui méritent considération. Il est vrai que c'est l'État qui confère la légitimité juridique aux monopoles professionnels et qu'on peut présumer qu'il ne consentirait pas de privilèges à des groupes de producteurs qui poursuivraient des objectifs incompatibles avec ceux qu'il défend. C'est vrai des sociétés capitalistes, mais on ne voit pas pourquoi ce ne le serait pas de toute société. La distribution des privilèges occupationnels reflète toujours la distribution du pouvoir dans une société et sa légitimité se fait dans les termes des idéologies des groupes dominants. Si l'État québécois n'est pas parvenu à réguler les comportements des professionnels et la division du travail sanitaire, c'est en partie parce que les gouvernants n'avaient pas intérêt à remettre en cause les fondements d'un système de production de soins dont plusieurs de leurs alliés profitent. Même si les coûts des services de santé sont élevés, il se trouve peu de professionnels de santé, peu de fabricants de matériaux, d'équipements et de médicaments, et même peu de consommateurs qui souhaitent qu'on rationalise la production pour la rendre plus efficiente. Une véritable rationalisation impliquerait qu'on évalue la contribution de chacun à l'amélioration de la santé et qu'on distribue les privilèges occupationnels sur la base de cette contribution. Il n'est pas évident que les producteurs de soins et de fournitures sanitaires ont un grand intérêt à ce qu'un tel exercice se fasse; il n'est pas évident non plus que l'État puisse le faire, même s'il décidait que c'est nécessaire. Les outils et méthodes d'évaluation de l'efficacité des soins et des services sanitaires sont dans l'enfance de leur développement. L'incertitude qui résulte de l'incapacité de juger de la valeur de la production des soins et de la division du travail à travers laquelle elle se fait, fait du champ sanitaire un espace de négociation où les rapports de force, plutôt que les arguments validés scientifiquement, déterminent les décisions. Dans ce jeu, les «experts» que sont les professionnels de la santé disposent d'atouts importants vis-à-vis les profanes que sont les consommateurs et les décideurs, d'où leur capacité de résister aux efforts de réguler leurs activités.

D'autre part, dans un contexte socio-politique où les personnes qui partagent des intérêts communs sont libres de s'associer pour les défendre et les promouvoir, il n'y a rien d'étonnant à ce que les producteurs de soins aient entrepris de le faire. Historiquement, ils ont choisi de le faire selon le mode corporatiste plutôt que syndical, qui d'ailleurs commençait à peine à se développer au milieu du 19^e siècle et qui de toutes façons apparaissait peu approprié aux

entrepreneurs indépendants qu'étaient les médecins, dentistes et pharmaciens. Ils ont obtenu la protection légale de leur marché à force de lobbying et de campagnes politiques et aussi en profitant de l'inorganisation de leurs concurrents. Dès lors, par l'intermédiaire de leurs corporations, ils étaient en position de force pour contrôler la division du travail sanitaire, d'autant plus que l'État ne considérait pas le domaine de la santé comme un champ d'intervention pour lui⁶. Aujourd'hui, le rapport de force ne joue plus aussi clairement en faveur des professions dominantes pour plusieurs raisons : les occupations subordonnées sont elles-mêmes mieux organisées et plus fortes politiquement; les consommateurs de soins ne sont plus les acteurs passifs qu'ils ont traditionnellement été et qui remettaient leur sort entre les mains des experts; l'État, comme agent payeur et comme gestionnaire, est devenu l'acteur principal dans le champ de la production sanitaire. Une explication de l'échec de la régulation des professionnels en termes d'une analyse stratégique des rapports de force entre les acteurs en présence est plausible. Il ne faut pas y voir une interprétation réductionniste du rôle de l'État ramené à celui d'un acteur parmi d'autres, ni une occultation du rôle des acteurs qui, comme les fabricants de matériaux et d'équipements sanitaires, profitent du maintien des structures actuelles de production de soins et ont peu intérêt à ce qu'une régulation trop poussée ne vienne en perturber le fonctionnement.

CONCLUSION

Le système professionnel qui a pris forme au Québec au milieu du 19^e siècle s'est d'abord développé dans un contexte où la population était peu éduquée et ne disposait pas de moyens d'information importants. L'État jouait un rôle limité dans la gestion des affaires de la collectivité. Les services de santé étaient peu développés et le plus souvent produits par des professionnels indépendants appartenant à quatre ou cinq occupations dont les champs d'intervention étaient bien démarqués. Depuis un demi-siècle, le marché des soins est devenu plus complexe et plus segmenté. De nouveaux producteurs sont apparus et menacent d'usurper les privilèges des professionnels. De relativement passifs, les consommateurs et l'État sont devenus des acteurs actifs avec lesquels les producteurs de soins doivent désormais négocier les conditions de la production des soins et services sanitaires. L'État devra d'ailleurs trouver des réponses à des questions qui deviendront de plus en plus pressantes. Comment faire face à la demande de reconnaissance juridique des praticiens des médecines parallèles (acupuncteurs, réflexologues, naturopathes, ostéopathes, massothérapeutes, etc.)? Actuellement ils exercent dans l'illégalité et de façon plus ou moins clandestine. Leur nombre croît et leur clientèle appuie leurs revendications, ce qui leur confère une légitimité sociale. Si l'État leur accorde la légitimité juridique, il devra reconsidérer sa décision de ne subventionner que les services médicaux traditionnels.

Une autre question urgente est celle de la remise en cause des relations de subordination entre les professions dominantes et celles qui leur sont subordonnées. Ces dernières revendiquent plus d'autonomie au nom de leur capacité accrue à diagnostiquer et à traiter des affections spécifiques. Cette capacité leur vient de leur formation plus longue et plus rigoureuse, dans des champs de spécialisation devenus relativement indépendants de la médecine. Selon les membres de ces professions, comme les physiothérapeutes, ergothérapeutes, psychologues, diététistes, leur champ de compétence est devenu si spécialisé et si complexe que même les médecins ne sont plus habilités à prescrire des traitements dans ces domaines et qu'il n'y a aucune raison de maintenir les liens hiérarchiques actuels.

En somme, l'État fait face au dilemme que pose la question de l'opportunité d'intervenir dans la réglementation de la production sanitaire. Une réglementation trop sévère semble inappropriée dans un contexte de développement rapide des connaissances et des techniques qui enlève son sens à l'institutionnalisation de frontières étanches entre les champs d'intervention des diverses occupations sanitaires. C'est pourtant ce que ces dernières réclament au nom de

6. Ce n'est qu'en 1936, que le gouvernement du Québec créa un ministère de la Santé auquel il confia essentiellement des responsabilités de santé publique. Toute la production de soins est restée privée jusqu'aux années 1960.

la nécessité de protéger le public contre les incompetents. Comment se rendre à cet argument sans risquer que l'octroi de privilèges d'exercice exclusif ne devienne un obstacle au changement — par exemple en empêchant l'émergence d'occupations nouvelles —, et ne prive la société de services sanitaires utiles? D'un autre côté, une libéralisation complète de la production sanitaire, par l'abolition des privilèges d'exercice et des règles de conduite professionnelle, permettrait à des charlatans de se retrouver sur le même pied que des personnes qui ont reçu une formation rigoureuse et qui se soumettent à des règles d'exercice. Les risques d'une telle libéralisation n'annuleraient-ils pas les bénéfices d'un plus grand accès au marché sanitaire pour les producteurs de soins et à un plus grand nombre d'options de services pour les consommateurs?

Les tentatives infructueuses de régulation de la production sanitaire qui ont été discutées ici indiquent qu'une nouvelle dynamique des rapports entre les acteurs du marché des soins est née. Il est difficile d'en prévoir les effets, mais on peut s'attendre à ce qu'à plus ou moins long terme, il en résulte une nouvelle division du travail qui reflétera de nouveaux rapports de force entre les producteurs de soins et de services, les consommateurs et l'État.

BIBLIOGRAPHIE

- BENIGUI, G., «La définition des professions», *Épistémologie sociologique*, vol. 13; 1972: pp. 99-113.
- BERLANT, J., *Profession and Monopoly*, Berkeley, University of California Press, 1975, 337 p.
- BROWN, C. A., «The Division of Labourers», *International Journal of Health Services*, vol. 3, 1973, pp. 435-444.
- CONTANDRIOPOULOS, A. P., A. LEMAY, G. TESSIER, *les Coûts et le financement du système socio-sanitaire*, Québec, Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux, Rapport de recherche n° 29, 1988, 204 p.
- DAVIES, C., «Comparative Occupational Roles in Health Care», *Social Science and Medicine*, vol. 13a, 1979: pp. 515-521.
- DUSSAULT, G., «L'évolution du professionnalisme au Québec», *Relations Industrielles*, vol. 33, 3; 1978: pp. 428-469.
- DUSSAULT, G., «Les idéologies des professions libérales au Québec», in Dumont, F. et al., *les Idéologies au Canada Français, 1940-1976*, Québec, Presses de l'Université Laval, 1981, pp. 47-73.
- DUSSAULT, G. et L. POTVIN, *l'État et la division du travail sanitaire*, Québec, Université Laval, 1983, 152 p.
- DUSSAULT, G., J. HARVEY, H. BILODEAU, *la Réglementation professionnelle et le fonctionnement du système socio-sanitaire*, Québec, Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux, Rapport de recherche n° 18, 1988 a, 172 p.
- DUSSAULT, G., A. P. CONTANDRIOPOULOS, M. A. FOURNIER, H. BILODEAU, *la Main-d'œuvre socio-sanitaire au Québec*, Québec, Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux, Dossier thématique, 1988 b, 467 p.
- FREIDSON, E., *Professional Powers; a Study of the Institutionalization of Formal Knowledge*, Chicago, The Chicago University Press, 1986, 241 p.
- FREIDSON, E., *Professional Dominance*, New York, Atherton Press, 1970, 242 p.
- FREIDSON, E., «The Division of Labour as Social Interaction», *Social Problems*, vol. 23, 3; 1976: pp. 304-313.
- FREIDSON, E., «Occupational Autonomy and Labor Market Shelters», in Stewart, P. L., Cantor, M. G., *Varieties of Work*, Beverly Hills, Sage Publications, 1982, pp. 13-53.
- GAUMER, G. L., «Regulating Health Professionals: A Review of the Empirical Evidence», *Milbank Memorial Fund Quarterly*, vol. 62, 3, 1984: pp. 380-416.
- GROSS, S. J., *Of Foxes and Hen Houses: Licensing and the Health Professions*, London, Quorum Books, 1984, 204 p.
- GYARMATI, G. K., «La doctrine des professions: fondement d'un pouvoir», *Revue Internationale des sciences sociales*, vol. 27, 4; 1975: pp. 673-699.
- JOHNSON, T. J., *Professions and Power*, London, Macmillan, 1972, 92 p.
- JOHNSON, T. J., «The Professions in the Class Structure», in R. Scase, *Industrial Society: Class Cleavage and Control*, London, Allen and Unwin, 1977, pp. 93-110.
- KLEGON, D., «The Sociology of Professions: An Emerging Perspective», *Sociology of Work and Occupations*, vol. 5, 3; 1978: pp. 259-283.
- LARSON, M. S., *The Rise of Professionalism*, Berkeley, University of California Press, 1977, 309 p.
- LEBLANC, G. A. et A. LEMELIN, *la Réglementation des honoraires professionnels et la protection du public*, Québec, Office des professions du Québec, 1984.
- NIEUWENHUYSEN, J. et M. WILLIAMS-WYNN, *Professions and the Market Place*, Melbourne, University of Melbourne Press, 1982, 92 p.
- PARKIN, F., *Marxism: a Bourgeois Critique*, London, Tavistock, 1979, 217 p.

- Québec (Prov.), Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, *les Professions et la société*, 1970, 102 p.
- Québec (Prov.), ministère de la Santé et des Services sociaux, comité sur la main-d'œuvre infirmière, *Rapport*, 1987, 122 p.
- Québec (Prov.), Groupe de travail sur la révision des fonctions et des organisations gouvernementales, *Rapport*, 1986, 44 p.
- ROTH, J., «Professionalism: The Sociologist's Decoy», *Sociology of Work and Occupations*, vol. 1, 1; 1974: pp. 6-23.
- Royal Commission on the National Health Service, *Report*, London, HMSO, 1979, 491 p.
- SAKS, M., «Removing the Blinkers? A Critique of Recent Contributions to the Sociology of Professions», *Sociological Review*, vol. 31, 1; 1983 (fév.): pp. 1-21.
- STEPAN, J., «Médecine traditionnelle et médecines parallèles: étude de législation comparée», *Revue internationale de législation sociale*, 1985, 36: pp. 302-365.
- WILLIS, E., *Medical Dominance*, Sydney, Allen and Unwin, 1983, 235 p.

RÉSUMÉ

Le corporatisme professionnel est particulièrement fort au Québec où des monopoles professionnels existent depuis 1847. La prolifération des privilèges professionnels et la crainte qu'elle n'entraîne des effets négatifs pour les consommateurs de services ont amené l'État québécois à intervenir par voie législative, en 1973, pour tenter de réguler les activités des professionnels. En prenant pour champ d'observation le secteur des services de santé, cet article décrit deux interventions spécifiques: l'introduction de l'inspection professionnelle, c'est-à-dire de l'obligation pour les corporations de surveiller les activités de leurs membres pour en garantir la qualité, et l'institution d'un mécanisme de délégation d'actes professionnels, pour favoriser une division du travail sanitaire souple et adaptée aux besoins de la population. Ces interventions sont décrites et analysées à la lumière des théories dominantes en sociologie des professions.

SUMMARY

Professional corporatism is particularly strong in Quebec where professional monopolies have existed since 1847. The proliferation of professional privilege and the fear that this would have negative effects on consumers caused the state to intervene in Quebec in 1973, by means of legislation, in an attempt to regulate professional activities. Taking the health services sector as field for observation, this paper describes two specific interventions: the introduction of professional inspection, i.e. the obligation of corporations to actively watch over the activities of their members in order to guarantee their quality, and the setting up of a mechanism for the delegation of professional acts, to favor a flexible division of work in the health field adapted to the needs of the population. These interventions are described and analyzed through the dominant theories in the sociology of professions.

RESUMEN

El corporativismo profesional es particularmente fuerte en Quebec donde los monopolios profesionales existen desde 1847. La proliferación de los privilegios profesionales y el temor que ésta traiga efectos negativos para los consumidores de servicios han llevado al Estado quebequense a intervenir por vía legislativa, en 1973, para intentar regular las actividades de los profesionales. Tomando como campo de observación el sector de los servicios de salud, este artículo describe dos intervenciones específicas: la introducción de la inspección profesional, o sea la obligación de las corporaciones de vigilar activamente las actividades de sus miembros para garantizar su calidad, y la institución de un mecanismo de delegación de actas profesionales, para favorecer una división del trabajo sanitario ductil y adaptada a las necesidades de la población. Estas intervenciones son descritas y analizadas a la luz de las teorías dominantes en sociología de las profesiones.