

Recherches sociographiques



Pour une sociologie de la pratique médicale au Québec

Pierre St-Arnaud

Volume 9, Number 3, 1968

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/055408ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/055408ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Département de sociologie, Faculté des sciences sociales, Université Laval

ISSN

0034-1282 (print)

1705-6225 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

St-Arnaud, P. (1968). Pour une sociologie de la pratique médicale au Québec. *Recherches sociographiques*, 9(3), 281–297. <https://doi.org/10.7202/055408ar>

Article abstract

On discute beaucoup actuellement au Québec de la pratique médicale. Les nouvelles mesures de sécurité sociale ont remis en question ses modalités traditionnelles d'exercice. Mais là n'est peut-être pas le plus important: le statut du médecin a longtemps tenu à un contexte plus général d'occupations privilégiées qui se modifie radicalement. De plus des transformations profondes des attitudes viennent déplacer, sans qu'on le réalise encore très ouvertement, les attentes du malade par rapport au médecin. Il y a là, semble-t-il, un champ de recherche peu cultivé chez nous où se trouvent impliqués des problèmes décisifs pour une sociologie des occupations; mais est aussi en cause une sociologie de la connaissance soucieuse non pas seulement des origines idéologiques de la science, mais aussi de son insertion dans les pratiques sociales.

Afin de poursuivre la recherche sur cette question, il faudrait pouvoir faire l'histoire de la pratique médicale dans notre pays. Pour l'instant, la documentation s'avère mince. Il nous a semblé qu'une large position du problème était d'abord nécessaire. N'est-il pas opportun de formuler au départ un ensemble cohérent d'interrogations? C'est ce cadre d'analyse que nous exposerons ici: nos hypothèses pourront, dans des études subséquentes, faire l'objet de plus minutieuses investigations historiques et sociologiques.

Présentons d'abord nos perspectives les plus générales. Talcott Parsons propose cinq éléments fondamentaux qui résumant, à son avis, les traits caractéristiques du rôle professionnel du médecin dans la société moderne. Ce sont:

1. *La compétence technique*: le savoir du médecin dans la mesure où il se compose de connaissances scientifiques appliquées.
2. *L'universalisme du rôle*: le médecin traite tous ses patients d'une manière égale, en raison exclusivement de ce dont ils souffrent et non de ce qu'ils sont ou font dans la société.
3. *Le rôle fonctionnel spécifique*: tous les aspects du rôle du médecin, sa compétence, son autorité, ses privilèges, ses obligations ne sont limités qu'au domaine de la santé et de la maladie.
4. *La neutralité affective*: l'interdiction pour le médecin d'éprouver des sentiments personnels à l'égard de ses patients.
5. *L'attitude désintéressée et altruiste*: le médecin place le bien-être du malade au-dessus de ses intérêts personnels et exclut le mobile du profit.

Nous croyons que ces cinq traits peuvent être logiquement reliés aux trois aspects suivants de la pratique médicale:

1. *La définition interne de la médecine*: la définition de la médecine par la dimension de la connaissance dans la mesure où celle-ci représente le noyau de son organisation interne. S'y joint la compétence technique du médecin.
2. *Le cadre institutionnel de la pratique médicale*: l'ensemble des facteurs sociaux, économiques, politiques qui déterminent concrètement la pratique de la médecine (l'Etat, les idéologies dominantes, le Collège des médecins, etc.). S'y joignent l'universalisme du rôle, la neutralité affective, le rôle fonctionnel spécifique.
3. *Les valeurs médicales*: essentiellement le désintéressement et l'altruisme. Elles demeurent constantes en tout lieu, à toute époque, et elles assurent la justification de la pratique médicale depuis Hippocrate. S'y joignent l'attitude désintéressée et altruiste, la neutralité affective.

Marquons une seconde étape et lions nos éléments à ce qu'il est désormais convenu d'appeler les dimensions extrêmes de toute structure sociale: la culture, l'organisation socio-économique. Au pôle culturel, nous rattachons la définition interne de la médecine, les valeurs médicales ainsi que les traits de Parsons qui leur sont joints. Au pôle socio-économique, nous rattachons le cadre institutionnel de la pratique médicale et les traits de Parsons qui lui sont joints. Nous sommes ainsi devant une sorte de *modèle*.

La systématisation qu'il suppose est essentielle pour bien apercevoir la liaison et les implications des facteurs sociaux en cause. Mais les sociétés, on le sait, ne fonctionnent jamais comme des mécanismes cohérents: aussi notre systématique devra nous permettre d'évaluer les décalages et même les contradictions qui marquent la structure de la pratique médicale. Pour nous donner une perspective historique, nous allons appliquer successivement notre modèle à la pratique traditionnelle de la médecine et à la pratique actuelle.

POUR UNE SOCIOLOGIE DE LA PRATIQUE MÉDICALE AU QUÉBEC

On discute beaucoup actuellement au Québec de la pratique médicale. Les nouvelles mesures de sécurité sociale ont remis en question ses modalités traditionnelles d'exercice. Mais là n'est peut-être pas le plus important: le statut du médecin a longtemps tenu à un contexte plus général d'occupations privilégiées qui se modifie radicalement. De plus des transformations profondes des attitudes viennent déplacer, sans qu'on le réalise encore très ouvertement, les attentes du malade par rapport au médecin. Il y a là, semble-t-il, un champ de recherche peu cultivé chez nous où se trouvent impliqués des problèmes décisifs pour une sociologie des occupations; mais est aussi en cause une sociologie de la connaissance soucieuse non pas seulement des origines idéologiques de la science, mais aussi de son insertion dans les pratiques sociales.

Afin de poursuivre la recherche sur cette question, il faudrait pouvoir faire l'histoire de la pratique médicale dans notre pays. Pour l'instant, la documentation s'avère mince. Il nous a semblé qu'une large position du problème était d'abord nécessaire. N'est-il pas opportun de formuler au départ un ensemble cohérent d'interrogations? C'est ce cadre d'analyse que nous exposerons ici: nos hypothèses pourront, dans des études subséquentes, faire l'objet de plus minutieuses investigations historiques et sociologiques.

Présentons d'abord nos perspectives les plus générales.

Talcott Parsons propose cinq éléments fondamentaux qui résument, à son avis, les traits caractéristiques du rôle professionnel du médecin dans la société moderne.¹ Ce sont:

1. *La compétence technique*: le savoir du médecin dans la mesure où il se compose de connaissances scientifiques appliquées.

2. *L'universalisme du rôle*: le médecin traite tous ses patients d'une manière égale, en raison exclusivement de ce dont ils souffrent et non de ce qu'ils sont ou font dans la société.

¹ Talcott PARSONS, « Social Structure and Dynamic Process: The Case of Modern Medical Practice », dans *The Social System*, Illinois, The Free Press of Glencoe, 1951, 428-479.

3. *Le rôle fonctionnel spécifique* : tous les aspects du rôle du médecin, sa compétence, son autorité, ses privilèges, ses obligations ne sont limités qu'au domaine de la santé et de la maladie.

4. *La neutralité affective* : l'interdiction pour le médecin d'éprouver des sentiments personnels à l'égard de ses patients.

5. *L'attitude désintéressée et altruiste* : le médecin place le bien-être du malade au-dessus de ses intérêts personnels et exclut le mobile du profit.

Nous croyons que ces cinq traits peuvent être logiquement reliés aux trois aspects suivants de la pratique médicale :

1. *La définition interne de la médecine* : la définition de la médecine par la dimension de la connaissance dans la mesure où celle-ci représente le noyau de son organisation interne. S'y joint la compétence technique du médecin.

2. *Le cadre institutionnel de la pratique médicale* : l'ensemble des facteurs sociaux, économiques, politiques qui déterminent concrètement la pratique de la médecine (l'État, les idéologies dominantes, le Collège des médecins, etc.). S'y joignent l'universalisme du rôle, la neutralité affective, le rôle fonctionnel spécifique.

3. *Les valeurs médicales* : essentiellement le désintéressement et l'altruisme. Elles demeurent constantes en tout lieu, à toute époque, et elles assurent la justification de la pratique médicale depuis Hippocrate. S'y joignent l'attitude désintéressée et altruiste, la neutralité affective.

Marquons une seconde étape et lions nos éléments à ce qu'il est désormais convenu d'appeler les dimensions extrêmes de toute structure sociale : la culture, l'organisation socio-économique. Au pôle culturel, nous rattachons la définition interne de la médecine, les valeurs médicales ainsi que les traits de Parsons qui leur sont joints. Au pôle socio-économique, nous rattachons le cadre institutionnel de la pratique médicale et les traits de Parsons qui lui sont joints. Nous sommes ainsi devant une sorte de *modèle*. La systématisation qu'il suppose est essentielle pour bien apercevoir la liaison et les implications des facteurs sociaux en cause. Mais les sociétés, on le sait, ne fonctionnent jamais comme des mécanismes cohérents : aussi notre systématique devra nous permettre d'évaluer les décalages et même les contradictions qui marquent la structure de la pratique médicale.

Pour nous donner une perspective historique, nous allons appliquer successivement notre modèle à la pratique traditionnelle de la médecine et à la pratique actuelle.

I

LA PRATIQUE MÉDICALE TRADITIONNELLE

La société québécoise du début du siècle n'offre pas l'image d'une société figée. Elle ne coïncide pas non plus avec la *folk society* telle que l'a décrite l'anthropologue Redfield.¹ Déjà, elle renferme un certain nombre de villes pré-industrielles qui émergent parmi l'ensemble des collectivités rurales. Pourtant, par des traits importants, elle appartient au type de la « société traditionnelle ».

1. *La pratique médicale et la culture traditionnelle*

Dans la société québécoise des années 1900, la culture repose encore largement sur des traditions. À l'intérieur de cet univers social, la vie communautaire et les conduites obéissent à un système bien concret de normes et de conventions. Les modèles de comportement qui sont proposés aux membres de la société ont souvent un caractère personnel. Globales et empiriques, les formes de connaissance empruntent aux traditions pour se propager d'une génération à la suivante. S'enracinant pour une large part dans cette culture, la médecine du temps n'est pas à proprement parler une science: elle est davantage un art qui consiste à utiliser des notions très empiriques. Ces notions ne sont pas nécessairement celles que véhicule la culture populaire ambiante, mais leurs fondements sont souvent d'un type analogue.

Et le médecin lui-même, qu'est-il? Un praticien qui œuvre à plusieurs niveaux à la fois:

a) au niveau *psychologique*: il tente d'apporter réconfort et apaisement devant les tourments causés par la maladie;

b) au niveau *physique*: il s'attaque directement aux manifestations physiques de la maladie pour tenter de les faire disparaître;

c) au niveau *pharmaceutique*: il fabrique souvent lui-même les remèdes dont il se sert pour vaincre la maladie.

Ces trois niveaux renvoient à l'activité professionnelle du médecin. Mais il ne faut pas oublier les nombreuses consultations pour des problèmes autres que médicaux: car le médecin fait partie de l'élite communautaire et, dès lors, il est culturellement défini comme un homme de confiance à tout point de vue.

¹ Robert REDFIELD, « The Folk Society », dans *The American Journal of Sociology*, 52, 4, janvier 1947, 293-308.

La culture traditionnelle joue donc un rôle capital jusque dans la *définition interne de la médecine*. Elle dégage un premier trait fondamental dans le rôle professionnel du médecin: sa compétence dite *empirique*. Mais le pouvoir déterminant de la culture ne s'arrête pas là. Il déborde la définition interne de la médecine, la compétence empirique du médecin, pour rejoindre un troisième élément de notre modèle: les *valeurs médicales*.

Parmi les valeurs médicales, les plus fondamentales remontent loin dans le passé. L'antique *Serment d'Hippocrate* incarne la première définition explicite du désintéressement et de l'altruisme comme valeurs qui se trouvent à la base de la pratique médicale. Ce *Serment* constitue le premier code d'éthique du médecin.¹ Depuis Hippocrate, le désintéressement et l'altruisme représentent pour la profession médicale les deux plus grandes valeurs qui soient.² Au plan de la pratique, toutes les générations de médecins les considèrent comme absolument inaltérables: leur fonction essentielle, c'est de justifier l'exercice de la médecine en tout lieu et à toute époque. Mais lorsque le médecin se sert de ses valeurs de base pour justifier son activité professionnelle, lorsqu'il élabore une idéologie en s'inspirant de valeurs définies il y a si longtemps, il le fait en regard d'une réalité historique bien concrète qui lui est contemporaine. Car une idéologie — la définition explicite d'une situation pour justifier une action donnée — s'élabore toujours par référence à un contexte social concret, que ce dernier soit stable ou à l'état de changement. C'est donc dans la culture ambiante que le médecin trouve les conditions sociologiques nécessaires à sa justification puisque la culture est la dépositaire des éléments qui assurent à la société sa cohérence profonde: valeurs, normes, formes de connaissance, et le reste.

Dans le monde traditionnel, sur quels éléments de la culture le médecin se base-t-il pour justifier sa pratique au nom du désintéressement et de l'altruisme? Essentiellement sur la puissance et la primauté des traditions communautaires dans la mesure où elles donnent naissance à une médecine empirique, artisanale, qui entraîne à son tour une grande polyvalence dans l'activité thérapeutique. Cette polyvalence est loin d'être indifférente: elle joue un rôle essentiel dans la justification. Par exemple, le médecin dira

¹ Il y a bien, avant Hippocrate, le célèbre Code d'Hammurabi écrit au II^e millénaire avant Jésus-Christ et où apparaissent diverses prescriptions à propos de la maladie et des malades. Mais ce n'est pas un code d'éthique au sens strict: c'est plutôt une collection de recettes.

² Dans un « Discours aux médecins », André Maurois évoque la pérennité du désintéressement et de l'altruisme:

« Aujourd'hui comme hier, le médecin pense que son devoir est de maintenir la vie et d'alléger la souffrance; aujourd'hui comme hier, il tient chaque malade pour une personne humaine qui doit être respectée; aujourd'hui comme hier, l'action médicale ne doit être destinée qu'à servir le malade, en dehors de tout amour-propre et de tout souci de carrière; aujourd'hui comme hier, le médecin se tient lié par le secret professionnel aussi étroitement que le prêtre par le secret de la confession. »

Ce texte a été reproduit dans le *Journal* du Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec, 45, janvier-février 1967, 12-18.

que pour exercer sa pratique de manière désintéressée et altruiste, il lui faut être présent à tous les niveaux de la personnalité du patient; en fait, c'est la culture ambiante qui le lui suggère.

2. La pratique médicale et l'organisation socio-économique traditionnelle

Le Québec des années 1900 s'étale sur un territoire presque essentiellement rural où n'existent que quelques rares localités pré-industrielles. Sa population se partage surtout en une série de collectivités qui vivent de façon relativement isolée. Leur lien avec la société globale dépend des institutions religieuses, économiques, politiques, et ce sont surtout les membres de la couche supérieure qui se chargent de l'établir: curé, notaire, médecin, etc.

En plus d'être isolées, les collectivités rurales de l'époque sont physiquement petites et à peine diversifiées. Le mouvement de leur population est laissé aux mécanismes naturels: ce qui favorise des taux de natalité fort élevés. Les quelques villes pré-industrielles connaissent déjà une certaine concentration, mais encore faible, de leur population. La stratification sociale offre une certaine complexité tout en étant peu mobile. Chaque collectivité se structure à peu près de la façon suivante: au sommet de l'échelle se retrouvent le curé, quelques rares « professionnels » (médecin et notaire surtout), parfois le marchand. Viennent ensuite les propriétaires de fermes, quelques artisans, des manœuvres.

À l'intérieur de la communauté, les relations sociales reposent principalement sur la famille et le réseau de parenté. Ces relations sont surtout de type primaire et elles trouvent leur cadre de référence essentiel dans la paroisse qui se présente, en 1900, comme une unité fondamentale au plan religieux, économique et civil. Les fidélités personnelles acquièrent une grande importance au sein de ces relations sociales primaires: elles consacrent des sympathies, des amitiés, ou même des oppositions qui déterminent profondément le cours des activités dans la localité.

Le système économique, pour sa part, repose surtout sur la famille qui est l'unité réelle de production et de consommation. Les caractéristiques principales de l'économie demeurent encore la routine, l'auto-subsistance, l'artisanat. Mais tous ces traits séculaires sont appelés à disparaître, car l'économie va bientôt s'ouvrir au marché concurrentiel et elle devra alors abandonner les activités de type primaire pour leur substituer d'autres activités plus complexes, plus spécialisées.

Par contre, 1900, c'est aussi l'âge d'or du libéralisme économique au Québec. Les postulats fondamentaux de cette idéologie particulière sont les suivants:

1° l'être humain est un agent libre et responsable; il jouit d'une liberté absolue d'action dans la sphère économique;

2° tous les agents économiques possèdent au départ une égalité des chances dans leur liberté d'action;

3° la sphère économique est régie par plusieurs lois considérées comme inéluctables (concurrence, accumulation du capital, offre et demande);

4° ces différentes lois constituent les lois du marché, elles incarnent le principe autorégulateur de l'existence et du développement de la société;

5° le pouvoir politique est largement subordonné à l'économie: son intervention n'est légitime que dans la mesure où il tend à établir ou à restaurer les conditions propres à assurer le jeu des lois économiques. La fonction de l'État se résume donc à une stricte surveillance du libre jeu des lois économiques.

Dès son infiltration dans notre milieu, le libéralisme s'empresse de consacrer au plan économique un type de relation qui existait depuis longtemps au plan social: la *relation de patronage*. Nous avons déjà souligné l'importance des fidélités individuelles dans les contacts sociaux: les hiérarchies prennent souvent une forme semblable. Le patronage renvoie à deux notions distinctes: « service » et « reconnaissance ». En retour d'un ou plusieurs services rendus, on fait preuve de reconnaissance envers son bienfaiteur en l'assurant de sa fidélité et de son appui en toutes circonstances. La relation de patronage, c'est donc essentiellement une manière d'obtenir et de légitimer du pouvoir sur autrui. Tel est le type de relation qui survit dans la société de 1900 et c'est elle que le libéralisme, venu pourtant d'une autre source, consacre sur le plan économique.

Examinons maintenant les répercussions de cette organisation socio-économique sur la pratique médicale traditionnelle. L'organisation socio-économique met en relief le *cadre institutionnel de la pratique médicale*: par l'influence conjuguée des relations traditionnelles de patronage et du libéralisme, la médecine se définit comme un « commerce » d'un type singulier.

Précisons notre pensée. Les postulats fondamentaux du libéralisme sont tels que le médecin ne se voit plus et ne se définit plus autrement que comme un agent économique parmi d'autres agents. Il reconnaît les avantages de la notion de « clientèle », l'importance de sa recherche et surtout de son entretien. Il se définit lui-même comme un offreur de services au sein de la concurrence et il se soumet volontiers aux lois du marché. Le cabinet privé lui semble idéal en tant que lieu d'exercice de sa profession. Il conçoit de plus en plus la relation « médecin-malade » comme une relation personnelle du type « pourvoyeur-client », donc une relation où il est logiquement avantageux pour le pourvoyeur de s'assurer la fidélité de ses clients. La stricte relation médicale se trouve ainsi enveloppée dans un plus complexe rapport du médecin et de sa clientèle.

Il est nécessaire ici d'introduire certaines nuances. Les actes médicaux du médecin demeurent toujours justifiés par les valeurs du désintéressement

et de l'altruisme. Et, le plus souvent sans doute, ils sont effectivement accomplis de manière désintéressée et altruiste. Mais — et c'est là la conséquence fatale de la liaison du patronage et du libéralisme économique — en même temps que l'acte désintéressé et altruiste du médecin trouve sa contrepartie dans une rémunération, il exige aussi du client une contrepartie d'une autre espèce. Cette contrepartie, c'est précisément la fidélité du client dans sa relation personnelle avec son médecin mais non pas nécessairement pour des questions d'ordre médical. Autrement dit, le médecin de la société traditionnelle peut miser sur son désintéressement et son altruisme pour se constituer une sorte de capital social. Ce capital bien entretenu se traduit par du pouvoir et du prestige, indices de réussite. En somme, dans la relation « médecin-malade », des intérêts autres que médicaux sont incontestablement impliqués.

3. *Le rôle professionnel du médecin traditionnel*

Nous avons déjà rappelé que Talcott Parsons a retenu cinq traits qui lui paraissent caractéristiques du rôle professionnel du médecin moderne: la compétence technique basée sur la rationalité; l'attitude désintéressée et altruiste; la neutralité affective; l'universalisme du rôle; le rôle fonctionnel spécifique.

À notre tour, nous croyons être en mesure de proposer cinq traits caractéristiques du rôle professionnel du médecin dans la société québécoise traditionnelle. Mais nos traits s'opposent pour la plupart à ceux de Parsons puisqu'ils sont les produits d'une structure sociale bien différente de la structure sociale moderne, d'une médecine bien différente aussi de celle d'aujourd'hui. Énumérons-les avant de les commenter:

- a) la compétence empirique basée sur les expériences vécues;
- b) l'attitude désintéressée et altruiste;
- c) la résonance affective;
- d) le particularisme du rôle;
- e) le rôle fonctionnel non spécifique.

a) *La compétence empirique basée sur les expériences vécues*

La compétence empirique basée sur les expériences vécues constitue, en fait, l'un des traits les plus frappants chez le médecin québécois traditionnel. Il relève directement de deux variables: la culture et la définition interne de la médecine. Nous avons déjà constaté que la culture traditionnelle définit des formes globales de connaissance en s'appuyant sur les expériences vécues, alors que le savoir médical représente un cas particulier de ces formes plus globales. On en a des exemples dans les potions, les recettes traditionnelles, etc. Par ailleurs, dans le même contexte culturel,

la médecine se définit comme un art, celui de savoir manipuler habilement un certain nombre de recettes traditionnelles dans les circonstances où la maladie est impliquée. Ceci est une autre manière, au fond, de dire que le médecin traditionnel est un empiriste: tout son effort porte sur l'invention immédiate d'un mode de soulagement ou même de guérison en puisant dans le stock des traditions comme dans une boîte à outils. À peu près toutes les sortes de maladies y passent: empoisonnements, pneumonies, bronchites, méningites, rhumatismes, etc.

b) *L'attitude désintéressée et altruiste*

On a mentionné comme second trait l'attitude désintéressée et altruiste. Elle renvoie à la culture, celle-ci fournissant au médecin les matériaux nécessaires pour qu'il justifie concrètement sa pratique au nom de ses valeurs fondamentales. Nous avons vu qu'en milieu traditionnel, par exemple, la justification du médecin est élaborée par référence aux traditions communautaires, source d'une grande polyvalence dans l'activité thérapeutique. On verra que dans la société moderne, la justification est élaborée bien autrement, mais là encore la culture consacrera l'attitude désintéressée et altruiste comme trait typique du rôle du médecin. En effet, quels que soient le temps et le lieu évoqués, tout véritable médecin est toujours, en principe, un médecin désintéressé et altruiste.

c) *La résonance affective*

La résonance affective, comme troisième trait, caractérise de façon typique le médecin traditionnel. Trois variables distinctes justifient sa présence: l'organisation socio-économique, les valeurs médicales, le cadre institutionnel de la pratique médicale.

La relation de type primaire prédomine dans l'organisation socio-économique traditionnelle: ce qui signifie que la plupart des contacts sont de caractère interpersonnel où chacun s'exprime dans sa personnalité totale. C'est bien le cas de la relation « médecin-malade »: le malade s'ouvre au médecin qui écoute ses confidences et s'efforce de lui apporter du courage tout en s'attaquant physiquement à la maladie. En d'autres termes, la relation « médecin-malade » se présente comme une relation de type primaire où il est naturel pour le médecin d'engager toute sa personnalité et non seulement sa compétence empirique. Cet engagement du médecin va très loin en certains cas: il risquera des jugements par exemple sur la situation financière, sur la conduite morale de son patient et le reste. Notre littérature nous fournit des exemples typiques de ce trait de comportement.

Le contexte culturel de ce temps est tel que le médecin ne peut pas se passer de la résonance affective pour y assumer ses valeurs médicales. Par

exemple, être un « vrai » médecin à cette époque, cela veut dire veiller le patient le jour et la nuit s'il le faut, être sensible à tous ses tourments physiques, moraux ou spirituels, prendre sur soi la responsabilité de le soulager en intervenant dans sa vie privée, ses problèmes intimes. Si le médecin ne va pas jusque là, il n'est pas désintéressé et altruiste, il n'est pas un « vrai » médecin.

Le cadre institutionnel de la pratique implique, lui aussi, la résonance affective chez le médecin: la relation de type primaire y est renforcée par le libéralisme économique. Cela se comprend tout de suite si l'on revient à la logique du patronage associé au libéralisme. Par exemple, le médecin ne regardera pas à la dépense de temps, d'argent, de dévouement quand cela est nécessaire pour accroître la confiance et le prestige auprès du malade; mais cette confiance et ce prestige pourront devenir rentables lorsque le médecin décidera de se faire élire maire de sa localité ou député de son comté.

d) Le particularisme du rôle

Dans le milieu traditionnel, les formes globales de connaissance sont culturellement définies à partir d'un nombre élevé d'expériences vécues, souvent traduites dans des traditions. Comme ces expériences vécues et ces traditions sont aussi très disparates, les connaissances empiriques qui en dérivent le sont à leur tour. Il y a, par exemple, des recettes concrètes pour l'agriculture, l'élevage des animaux, l'entretien domestique, l'éducation des enfants, le soin des maladies, et ces recettes sont variées dans chaque cas. Le médecin doit lui-même évoluer sur un registre très étendu de recettes. N'oublions pas que les remèdes spécifiques n'existent pas au début du siècle. Le médecin est obligé de particulariser son rôle, c'est-à-dire traiter chaque patient d'une manière différente en puisant dans le stock de ses recettes et en cherchant la combinaison la plus efficace pour guérir la maladie qui prend des formes différentes chez chaque individu.

D'autre part, d'après la logique combinée du libéralisme et du patronage, le médecin doit non seulement chercher sa clientèle, mais aussi voir à ce qu'elle lui demeure fidèle. Or cette clientèle se compose d'individus fort différents les uns des autres: certains ont beaucoup d'influence, d'autres moins, d'autres pas du tout. Le médecin doit particulariser son rôle, varier son intervention auprès de ses clients selon la place de ceux-ci dans le réseau de relations sociales qui enveloppe la stricte relation médicale. Il est sûr, par exemple, que le médecin n'aura pas les mêmes égards pour l'un des mendiants de son village que pour le député de son comté.

e) Le rôle fonctionnel non spécifique

Ainsi que nous l'avons noté plus haut, l'organisation socio-économique se caractérise par la simplicité et l'absence de rationalité dans la division du

travail. Les tâches ne sont pas vraiment spécialisées de sorte qu'un même individu peut facilement s'adonner à plus d'une occupation à la fois. C'est justement le cas du médecin: son savoir, sa culture, ses méthodes de travail sont d'abord circonscrits au domaine de la maladie, mais les limites réelles de sa compétence ne se fixent pas là pour autant. Le médecin se voit sollicité dans bien d'autres domaines que le sien propre. Par conséquent, son rôle n'est pas spécifique: il déborde la sphère médicale et il empiète sur celui du curé, du notaire, du banquier, selon les circonstances. On trouve, ici aussi, bon nombre d'illustrations dans notre littérature.

En définitive, si l'on avait à caractériser dans leur ensemble les relations de la pratique médicale d'antan avec la société traditionnelle, on devrait sans doute parler d'un remarquable état d'*équilibre fonctionnel*. Il nous reste à comparer avec la situation d'aujourd'hui: nous y discernerons cette fois un facteur décisif de déséquilibre.

II

LES TRANSFORMATIONS DE LA STRUCTURE DE LA PRATIQUE MÉDICALE

1. La pratique médicale et la culture d'aujourd'hui

Dans notre pays comme ailleurs, l'innovation et l'efficacité ont surgi comme des valeurs et des normes consécutives à l'idée moderne de rationalité. Comme valeur, l'efficacité sert à justifier la rationalisation de la production; comme norme, elle sert à juger l'action des hommes. L'innovation, pour sa part, se présente d'abord comme une norme découlant de l'efficacité: c'est au nom de cette dernière valeur qu'on innove. À un autre niveau, les idéologies abandonnent la référence aux coutumes traditionnelles et elles se réclament de plus en plus du progrès technique et social. On note souvent la référence explicite à des notions telles que la participation sociale, la justice sociale. Cette dernière notion a désormais sa place dans le langage de tous les jours.

Que devient la médecine au sein de ce nouveau contexte culturel? Ce qui frappe d'abord, c'est sa profonde transformation par suite du développement de la science et de la technique. Au cours du demi-siècle, en effet, la médecine dépasse résolument l'étape artisanale et acquiert un statut scientifique. La rationalisation envahit le champ de travail médical et elle donne naissance au phénomène de la spécialisation des tâches. Tous ces changements entraînent des répercussions profondes au niveau des trois dimensions fondamentales de l'activité thérapeutique:

a) L'accent est fortement mis sur les aspects physiques de la maladie. Cette insistance découle directement des nombreuses découvertes révolu-

tionnaires dans le domaine des sciences physiques, biologiques, ainsi que dans celui des techniques reliées à ces sciences.

b) Le niveau psychologique s'isole. Au nom de l'organisation scientifique du travail, son autonomie est réclamée et il devient un champ d'activité qui n'est plus automatiquement l'apanage de tout médecin. Il emprunte une voie distincte de développement, parallèle à celle des spécialités physiques, et il implique de plus en plus un cadre de pratique distinct de celui de la médecine.

c) Le niveau pharmaceutique se distingue aussi plus nettement. Au nom des mêmes valeurs que le niveau psychologique, son autonomie est réclamée et il n'est plus l'apanage du médecin. Son développement demeure parallèle à celui de la médecine.

Aujourd'hui donc, au lieu d'un seul individu cumulant trois fonctions différentes — la fonction physique, la fonction psychologique, la fonction pharmaceutique — nous reconnaissons trois scientifiques spécialisés qui exercent l'une de ces fonctions chacun pour son compte. Chacun opère dans sa sphère à lui, évite théoriquement d'empiéter sur celle de ses voisins; cette division du travail se présente comme la réponse fonctionnelle au caractère hautement scientifique et technique des disciplines thérapeutiques modernes.

La sphère d'influence de la culture ne s'arrête pas là. Tout comme dans la société de 1900, elle déborde la définition interne de la médecine, la compétence technique du médecin, pour rejoindre les *valeurs médicales*.

Nous l'avons répété: le désintéressement et l'altruisme représentent depuis Hippocrate les deux grandes valeurs à la base de la pratique médicale; leur fonction essentielle, c'est de justifier la pratique médicale en tout lieu et à toute époque, mais pour cela, elles doivent toujours, en principe, demeurer identiques à elles-mêmes. Mais nous savons par ailleurs que lorsque le médecin justifie sa pratique au nom du désintéressement et de l'altruisme, il le fait toujours par référence concrète à la société dans laquelle il vit. Il emprunte les caractères de sa société pour se construire une idéologie qui justifiera sa pratique de la médecine au nom du désintéressement et de l'altruisme. Et, pour ce faire, il utilise plus particulièrement les données culturelles ambiantes. Aussi les éléments auxquels le médecin se réfère pour justifier concrètement sa pratique sont bien différents de ceux qu'il a empruntés en 1900: ce sont avant tout la rationalité et ses conséquences au niveau de l'organisation du travail, en particulier la rationalisation et la spécialisation des tâches. Le médecin, par exemple, dira que pour exercer son métier de manière désintéressée et altruiste, il ne doit aujourd'hui faire intervenir que sa compétence technique auprès du patient; il doit restreindre son intervention au domaine de la santé et de la maladie; il doit refuser de manifester des sentiments personnels à l'égard de ses patients. Exactement le contraire de jadis. Mais cette façon contemporaine de justifier la pratique

de la médecine crée un sérieux problème. Dans sa logique même, elle exclut le praticien général dont le statut repose tout entier sur l'existence d'une certaine polyvalence dans l'activité thérapeutique; au nom de la rationalité qui caractérise la société moderne, elle consacre le spécialiste comme le seul « vrai » médecin. Pour se défendre, le praticien général se replie sur son idéologie traditionnelle. Il soutient que la seule véritable forme de pratique demeure la « médecine de famille », parce qu'elle permet au praticien de soigner l'homme tout entier et non pas seulement un cas de maladie. Autrement dit, elle seule permet d'être parfaitement désintéressé et altruiste. Voilà, en somme, deux idéologies antagonistes qui entretiennent l'incompréhension entre le groupe des généralistes et le groupe des spécialistes québécois.

2. La pratique médicale et l'organisation socio-économique d'aujourd'hui

La société québécoise contemporaine se caractérise par une très forte concentration à l'intérieur des agglomérations urbaines. Si l'on consulte les données du recensement du Canada, on s'aperçoit que, déjà en 1961, 74.3% de la population était considérée comme population urbaine. La proportion n'a pas cessé d'augmenter depuis. La population urbaine est aujourd'hui fort hétérogène à cause de la division et de la spécialisation rigoureuse des tâches. Son rythme de croissance n'est plus laissé comme jadis aux mécanismes naturels: ce sont de plus en plus les motivations du couple qui interviennent comme régulateurs de la grandeur de la famille. Au sein de cette population en majorité urbaine, la stratification sociale accuse une assez grande complexité tout en étant beaucoup plus souple qu'autrefois. Par exemple, plusieurs classes socio-économiques différentes s'y échelonnent tandis qu'une certaine mobilité sociale permet le passage des unes aux autres. Contrairement à ce qui se passait durant les années 1900, les relations sociales ne dépendent plus avant tout de la famille et du réseau de parenté; elles sont davantage fonction du rôle de l'individu et de sa position à la fois dans l'échelle des occupations et dans les classes socio-économiques. Les associations volontaires jouent aussi un grand rôle dans l'aménagement moderne des rapports sociaux. Le système économique, pour sa part, se caractérise par une prédominance des activités dans les secteurs secondaire et tertiaire. Toujours selon les données du recensement du Canada, la proportion des personnes exerçant en 1961 une occupation de type secondaire était de 31.6% et celle des personnes exerçant une occupation de type tertiaire était de 57.8%. Depuis 1961, la situation a surtout évolué dans le sens d'un accroissement du tertiaire. Plus que tout autre peut-être, la sphère économique a été marquée par l'émergence de la rationalité et cela s'est traduit par une rationalisation et une standardisation poussées de la production. Les critères qui régissent maintenant les activités économiques

sont l'efficacité, l'innovation, la prévision à partir du calcul scientifique. De là découle une division du travail rigoureuse à l'intérieur de laquelle prennent place des tâches fort spécialisées et différenciées.

Mais parallèlement à ces phénomènes objectifs qui se déroulent au niveau de l'infrastructure sociale et économique, il y en a d'autres — plus profonds peut-être — qui concernent les réactions idéologiques envers les transformations actuelles. Nous avons souligné déjà que la conscience collective s'ouvrait de plus en plus aux implications sociales du progrès technique et économique. Des exemples concrets de cette recherche du progrès social se remarquent dans la mise sur pied par les pouvoirs publics de régimes d'assurances collectives contre la maladie, les accidents, les frais d'hospitalisation. La conscience collective se montre toujours plus sensible aux aspects sociaux impliqués dans le développement global de la société, en particulier son développement technique et économique.

Dans un tel contexte, les postulats qui légitimaient les anciennes relations de patronage n'ont plus de points d'appui. Contrairement à ce qui existait en 1900, alors que l'entreprise libre et privée régnait sans conteste, les agents économiques se réclament de plus en plus aujourd'hui des intérêts collectifs et exigent que les décisions se prennent sous forme de politiques communautaires. En principe, nous devrions retrouver dans la pratique médicale un cadre qui respecte intégralement les exigences des valeurs de justice et d'égalité sociales: accessibilité de tous aux soins du médecin, aucune discrimination pour des raisons de fortune, de pouvoir ou de prestige personnels. Nous devrions aussi retrouver un cadre où non seulement la rationalisation et la spécialisation des tâches médicales existent mais surtout leur coordination au sein d'unités thérapeutiques intégrées, afin de répondre à toutes les exigences de la rationalité: efficacité, prévision, etc.

Or la réalité ne confirme pas du tout cette hypothèse. Sauf quelques rares exceptions, la grande majorité des praticiens exercent encore à leur propre compte dans un cabinet privé, offrent individuellement leurs services sur le marché d'une concurrence serrée et établissent des rapports personnels avec chaque client; le praticien fixe individuellement le genre et la qualité des services qu'il dispense et établit le prix en conséquence. Pendant que la société et la médecine subissent des transformations radicales depuis 1900, le cadre institutionnel de la pratique, lui, ne change pas; il ne dépasse pas les schèmes de la pensée libérale dont nous avons évoqué l'essentiel. Tous les caractères de la pratique libérale qui étaient logiquement admissibles dans le contexte des années 1900 continuent de prévaloir aujourd'hui: individualisme, relation « médecin-patient » envisagée comme une relation de patronage, plus ou moins grande passivité juridique de l'État, etc. Seulement, en 1968, la présence du cadre libéral et de ses implications crée une situation extrêmement confuse, puisque la société contemporaine, elle, poursuit des objectifs exactement contraires à ceux du libéralisme. Le cadre

libéral de pratique continue de mettre l'accent sur les privilèges individuels même si, au cours du temps, il a assimilé certains éléments nouveaux tels que la sécurité sociale, les assurances sociales, les régimes de protection contre la maladie, les frais d'hospitalisation.

3. Le rôle professionnel du médecin moderne

Nous retrouvons tout naturellement les cinq traits fondamentaux que Talcott Parsons propose pour caractériser le médecin moderne.

a) La compétence technique basée sur la rationalité

Ce premier trait se relie directement à deux variables: la culture, la définition interne de la médecine.

Tout d'abord, la culture. Plus haut, nous avons précisé la prédominance de la science et de la technique dans la définition des formes actuelles de connaissance. Il faut bien voir que la médecine, de ce point de vue, ne représente qu'un cas particulier d'une situation beaucoup plus générale. Ces éléments scientifiques et techniques dérivent de l'idée de rationalité et ils donnent naissance à de nouvelles valeurs, de nouvelles normes qui prennent place au fondement de la connaissance.

L'effet est immédiat au niveau de la pratique médicale: celle-ci se redéfinit entièrement pour demeurer cohérente par rapport au nouveau contenu de la connaissance. Par exemple, les recettes empiriques traditionnelles sont éliminées et remplacées par des données scientifiques, des techniques beaucoup plus sûres. La compétence du médecin change aussi de nature. Elle est technique dans la mesure où elle s'inspire désormais des fondements scientifiques appliqués de la connaissance. Elle est fondée sur la rationalité parce qu'elle est entièrement dépendante de tout ce qui en découle: science, technique, rationalisation du travail, efficacité, prévision.

Mais il y a aussi la définition interne de la médecine. Par suite de l'essor de la science et de la technique, le champ médical est devenu une sorte de carrefour où convergent plusieurs disciplines distinctes. Au nom de la rationalisation, la médecine exige maintenant une division du travail poussée. Mais qui dit spécialisation dit en même temps compétence basée sur des connaissances techniques précises: la médecine est telle, aujourd'hui, qu'il est tout à fait impossible au praticien de compter sur un nombre quelconque de recettes empiriques adaptables à différents cas de maladie.

b) L'attitude désintéressée et altruiste

Pratiquer la médecine avec désintéressement et altruisme en 1900, c'était intervenir à tous les niveaux de la personnalité du patient, puisque ceci était valorisé par la culture de l'époque. Pratiquer la médecine avec

désintéressement et altruisme en 1968, c'est au contraire limiter son intervention à un niveau bien spécifique, conformément aux exigences d'une culture remaniée qui prône désormais la division et la spécialisation rigoureuses des tâches.

c) La neutralité affective

La relation de type secondaire prédomine dans l'organisation socio-économique moderne: un grand nombre de contacts sociaux sont des contacts formels où chacun ne fait intervenir que ce qui lui est nécessaire pour exercer son rôle social. C'est bien le cas aujourd'hui de la relation « médecin-patient »: le médecin s'intéresse au patient dans la mesure où ce dernier représente pour lui un cas clinique et le dialogue se déroule uniquement à ce niveau. Autrement dit, la relation « médecin-patient » représente désormais une relation de type secondaire où il va de soi que le médecin ne fasse intervenir que les éléments de sa personnalité indispensables à l'exercice de son rôle professionnel. Le médecin demeure donc affectivement neutre: dans une situation concrète, il n'approuve ni ne désapprouve les mobiles d'un individu qui se confie à lui; il ne juge pas sa conduite, ne le réprimande pas quant à sa vie privée. Bien plus, notre société actuelle est telle que le médecin ne peut pas se passer de la neutralité affective pour assumer ses valeurs médicales. Par exemple, être un médecin « désintéressé » et « altruiste », cela veut dire aujourd'hui écouter attentivement les confidences du patient, mais ne pas le juger sur le plan moral. Cela veut dire aussi ne conserver dans les problèmes intimes du patient que les aspects permettant de comprendre sa maladie et de la guérir. Si le médecin n'observe pas cette neutralité, il n'est pas considéré comme un bon médecin; il n'est pas vraiment désintéressé.

Mais le cadre actuel de la pratique médicale, inspiré encore de l'ancienne idéologie libérale, suppose tout juste l'inverse de la neutralité affective. Sérieuse distorsion issue de la présence d'un cadre institutionnel périmé qui ne trouve plus de support concret dans la réalité moderne.

d) L'universalisme du rôle

Il n'est plus question que le praticien mise sur la tradition ou les expériences vécues pour composer sa thérapeutique; la science met maintenant à sa disposition des théories et des instruments de travail précis qui lui permettent de s'attaquer avec succès à un nombre élevé de maladies. Ne songeons, à titre d'exemple, qu'au cas des maladies infectieuses: autrefois, elles étaient souvent mortelles; aujourd'hui, elles sont traitées et guéries grâce à des médicaments spécifiques. De plus, l'outillage technique permet au médecin de poser des gestes professionnels et d'appliquer des thérapeutiques standardisés, de prévoir l'évolution de diverses maladies à partir d'opérations standardisées (analyses, échantillons). Bref, la culture moderne

et sa médecine incitent désormais le praticien à universaliser son rôle, c'est-à-dire à adopter des attitudes professionnelles semblables devant chacun des clients. Les idéologies de la « justice sociale » jouent dans le même sens; elles aussi impliquent une rationalisation de la politique de distribution des soins. Or, justement, une façon pour le médecin de faire preuve de « justice sociale », c'est d'exercer son métier au sein d'un cadre qui l'oblige à traiter chaque patient de manière identique.

Voilà pour les implications théoriques. Correspondent-elles à la réalité? Absolument pas. Là encore, on ne peut établir une relation positive entre le cadre réel d'exercice de la médecine au Québec et l'universalisme du rôle comme trait caractéristique du médecin en société moderne. Ceci ajoute considérablement à la distorsion que nous avons déjà notée.

e) Le rôle fonctionnel spécifique

Le médecin est désormais un spécialiste dont l'autorité ne demeure valide que dans le cadre particulier de sa formation technique et de son expérience. Donc son rôle est spécifique; sa compétence, ses privilèges, ses obligations sont strictement limités au domaine de la santé et de la maladie. La loi confirme d'ailleurs ce trait, car elle est, en principe, sévère vis-à-vis le praticien qui se rend responsable d'actes nettement situés en dehors de sa compétence professionnelle. Pourtant le cadre libéral actuel ne cesse pas de suggérer au médecin de déborder les limites de sa compétence. C'est ce qui explique, par exemple, que certains praticiens exigent une rémunération moindre de leurs clients influents et mêlent à leurs rapports professionnels des éléments extra-médicaux. Ici aussi, il paraît impossible d'admettre une relation positive entre la spécificité fonctionnelle du rôle médical et le cadre libéral de pratique.

4. Une situation contradictoire : hypothèse explicative

Il ressort sans peine que l'état d'équilibre typique de la société traditionnelle n'existe pas en 1968. L'incohérence, selon nous, dépend du fait très simple que le cadre libéral s'affirme comme le seul élément contradictoire parmi un ensemble d'autres éléments parfaitement compatibles entre eux.

Concrétisons rapidement notre jugement. La culture moderne s'appuie sur la technicité et ses nombreux sous-produits. La médecine moderne repose sur des données hautement scientifiques et techniques. L'organisation sociale, l'économie prônent la division et la spécialisation poussées des tâches tout en visant à étendre à toute la population les avantages de la croissance économique. Il y a intégration quasi parfaite de ces éléments entre eux puisqu'ils s'alimentent à des valeurs et à des normes communes: efficacité, planification, collectivisation, justice sociale.

Or le cadre libéral de pratique s'inscrit en faux contre tout ce que nous venons de rappeler. Il prolonge l'empirisme le plus pur, l'artisanat, la polyvalence d'une culture et d'une médecine depuis longtemps révolues. Il accorde priorité à l'individualisme, au mélange des relations de type primaire et secondaire pour maximiser les avantages personnels, au caractère privé de la pratique médicale, à l'intervention spontanée à tous les niveaux de la personnalité du patient. Bref, le cadre libéral s'emploie seul à privilégier des moyens et des fins qui sont très exactement l'inverse de ceux que poursuit désormais la société. Contradiction qui admet *ipso facto* toutes les ambiguïtés possibles.

Mais le sociologue ne se limite pas à la simple description des faits: il cherche aussi à dégager leurs causes explicatives. Or, sur ce point, un élément en particulier s'impose à l'attention: chaque fois que le médecin québécois justifie en 1968 la pratique de son métier au nom du désintéressement et de l'altruisme, il aboutit invariablement au cadre libéral d'exercice. Tout se passe, au fond, comme si la pérennité des grandes valeurs médicales légitimait du même coup, pour le médecin québécois, la pérennité du cadre traditionnel. Les valeurs médicales en tant qu'éléments justificateurs et le cadre libéral en tant que structure historique particulière d'exercice de la médecine sont tout simplement assimilés l'un à l'autre. Un lien de nécessité est posé entre le désintéressement et l'altruisme, d'une part, le cadre libéral, d'autre part.

Le désintéressement et l'altruisme sont, par définition, des valeurs ultimes et, comme telles, elles admettent d'autres structures possibles que le cadre libéral. Ce dernier n'est pas une constante: c'est une *variable* qui se modifie au même titre et au même rythme bien souvent que la culture dans une société. Que faire alors pour rétablir l'équilibre? Liquider le libéralisme qui est contradictoire avec les conditions modernes d'exercice de la médecine; lui substituer des éléments nouveaux qui doivent être prélevés à même les valeurs et les normes de la société actuelle. Nous y reviendrons dans un prochain article.

Pierre ST-ARNAUD

*Département de sociologie et d'anthropologie,
Université Laval.*