

2m11-2747.7

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

**Les corps professionnels dans un contexte
de réforme d'un système de soins. Le cas
des omnipraticiens québécois.**

par

Carole Tucci

Département de sociologie

Faculté des Arts et Sciences

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de
Maître ès sciences (M. Sc.)
en sociologie

Janvier 1999

©Carole Tucci, 1999



7.5450-002

HM
15
U54
1999
V.020

UNIVERSITE DE MONTREAL

Le présent document est le résultat de la recherche effectuée par les étudiants de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal.

Carrière

Thèse de

Présentation de la thèse de



1999

02 JUL 1999

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé:

Les corps professionnels dans un contexte
de réforme d'un système de soins. Le cas
des omnipraticiens québécois

présenté par

Carole TUCCI

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes:

Mona-Josée GAGNON

présidente du jury

Denise COUTURE

directrice de recherche

Gilles DUSSAULT

membre du jury

Mémoire accepté le: 15 avril 1999



SOMMAIRE

Un bon nombre de changements ont marqué la prestation des services de santé au Québec depuis quelques années et d'autres sont en voie de s'effectuer. Ces changements ont créé et créeront certainement un nouveau contexte pour les pratiques des membres des différentes catégories socioprofessionnelles. C'est dans ce contexte que nous avons choisi d'examiner le cas des omnipraticiens.

Plus précisément, nous avons scruté comment certains acteurs ont défini le rôle et la place des omnipraticiens dans la division du travail sociosanitaire à la suite de quelques changements récents ou à venir. Nous référons, par exemple, à la réforme du système de santé en 1991, au «virage ambulatoire» ainsi qu'à la proposition de l'Office des professions portant sur la désignation des actes professionnels. Le Collège des médecins du Québec, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, le Conseil médical du Québec et les professeurs/chercheurs sont les porte-parole retenus pour notre analyse à cause de leur pertinence et de leur influence sur la scène médicale au Québec.

L'approche théorique choisie pour mener à bien notre projet de recherche est celle de la segmentation ; quatre auteurs nous ont inspirée dans notre façon de concevoir l'omnipraticien. Il s'agit de Bucher et Strauss (1961), qui ont été retenus pour leur conceptualisation de la segmentation, de Coburn (1993 a,b), de Freidson (1983) et de Marsden (1977) qui nous ont permis, quant à eux, de saisir comment le concept de segmentation a été utilisé dans l'analyse des changements survenus au sein des corps professionnels en dehors du Québec. Finalement, la perspective systémique proposée par Abbott (1988) a également été retenue pour son apport au niveau des facteurs d'influence sur le positionnement de groupes impliqués dans un conflit de juridiction. Elle nous a permis de dégager, entre autres, la nature conflictuelle de la dynamique entre les groupes qui composent le système de soins.

Ce mémoire est de type inductif dans la mesure où nous avons entamé notre étude sans hypothèse prédéfinie à partir d'une interrogation sur les impacts qu'ont, ou qu'auront, les changements en termes du rôle et de la place octroyée à l'omnipratique dans la division du travail sociosanitaire. Les différents matériaux écrits émanant des porte-parole ont été analysés à partir d'une grille thématique.

Dans l'ultime étape de ce mémoire, nous avons mis l'accent sur les différentes propositions relatives au rôle de l'omnipraticien dans le système de santé québécois et sur le manque de consensus quant à la place de cette catégorie socio-professionnelle dans la division du travail sociosanitaire. Nous avons constaté que, même si des organisations sont socialement perçues et conçues comme des défenseurs d'intérêts divergents, elles peuvent s'allier sur des enjeux autres que ceux qui sont habituellement défendus. Autrement dit, des acteurs peuvent se regrouper au sein de mouvances segmentaires relatives à des enjeux autres que ceux habituellement défendus. Finalement, nous sommes venue à proposer qu'une nouvelle voie s'ouvre aux omnipraticiens suite aux changements qui ont lieu dans le système de soins et aux débats qui en découlent.

MOTS CLÉS:

PROFESSIONS, OMNIPRATICIENS, DIVISION DU TRAVAIL, SEGMENTATION, SERVICES DE SANTÉ

TABLE DES MATIERES

JURY	ii
SOMMAIRE	iii
TABLE DES MATIERES	v
LISTE DES SIGLES	vii
REMERCIEMENTS	viii
LISTE DES ABRÉVIATIONS	ix
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I : LE ROLE DE L'OMNIPRATICIEN DANS LE SYSTEME DE SOINS QUÉBÉCOIS : UN DÉBAT	5
1.1 Quelques événements importants dans l'histoire de l'omnipratique au Québec (avant 1991)	5
1.2 Le débat sur le rôle de l'omnipraticien	10
1.2.1 <i>Les perceptions des conseillers gouvernementaux quant au rôle de l'omnipraticien</i>	11
1.2.2 <i>Les perceptions de la profession médicale quant au rôle de l'omnipraticien</i>	15
1.3 Un renouvellement du débat lors de changements récents	17
1.3.1 <i>La réforme de 1991</i>	17
1.3.2 <i>Le virage ambulatoire</i>	19
1.3.3 <i>Un changement possible : la désignation des actes professionnels</i>	22
Conclusion	25
CHAPITRE II : L'OMNIPRATIQUE, UNE COMPOSANTE DE LA DIVISION DU TRAVAIL SOCIO-SANITAIRE	27
2.1 Une des figures d'un corps professionnel	27
2.1.1 <i>Le phénomène de division du corps médical vu sous l'angle de la segmentation</i>	28
2.1.2 <i>L'utilisation de ce concept par des sociologues</i>	32
2.1.3 <i>L'usage du concept de segmentation dans ce mémoire</i>	40

2.2 Un corps professionnel dans la division du travail	41
2.2.1 <i>Se trouver et conserver une place dans la division du travail</i>	42
2.2.2 <i>Lien entre la division du travail et ce mémoire</i>	48
2.3 Quelques distinctions	49
2.3.1 <i>Entre niveau «micro-social» et niveau «macro-social»</i>	49
2.3.2 <i>Entre «pratiques de travail» et «pratiques discursives»</i>	51
Conclusion	53
 CHAPITRE III : MÉTHODOLOGIE	 55
3.1 Le corpus de lecture : le choix des matériaux à analyser	55
3.2 Analyse de contenu	61
3.3 L'instrument : la grille de lecture	64
 CHAPITRE IV : PRÉSENTATION DES PROPOS DES LOCUTEURS IDENTIFIÉS..	 65
4.1 Le Collège des médecins du Québec	65
4.2 La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ)	75
4.3 Le Conseil médical du Québec (CMQ)	86
4.4 Les professeurs/chercheurs	94
 CHAPITRE V : LES CONSTATS ET LEUR ANALYSE	 104
5.1 Les positions des porte-parole sur la place et le rôle de l'omnipratique dans le système de soins	105
5.2 Ce que les positions des porte-parole nous indiquent sur la présence ou sur l'absence de segments au sein du corps médical	112
Conclusion	116
 CONCLUSION	 118
 RÉFÉRENCES	 123
 ANNEXES	 x
I Article de la FMOQ et réponse de la FIIQ	xi
II Grille de lecture	xii
III Grille de présentation des données recueillies à l'aide de la grille de lecture (Grille de présentation des positions des locuteurs)	xiii

LISTE DES SIGLES

AHQ	Association des hôpitaux du Québec
AMC	Association médicale canadienne
CÉTS	Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec
C.H.	Centre hospitalier
CHSCD	Centre hospitalier de soins de courte durée
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre hospitalier de soins de longue durée
CLSC	Centre local de services communautaires
CMDP	Conseils des médecins, dentistes et pharmaciens
CMQ	Conseil médical du Québec
CMR	Commission médicale régionale
DRMG	Département régional de médecine générale
FIIQ	Fédération des infirmières et infirmiers du Québec
FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
FMSQ	Fédération des médecins spécialistes du Québec
HMO	Health Maintenance Organization
MAS	Ministère des Affaires sociales
MESST	Ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Science et de la Technologie
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
RAMQ	Régie de l'assurance-maladie du Québec
R.R.	Régie régionale de la santé et des services sociaux
UMF	Unité de médecine familiale
V.A.	Virage ambulatoire

REMERCIEMENTS

Il m'aurait été impossible de mener à terme un projet tel que le dépôt d'un mémoire sans aide compétente. Je remercie donc ma directrice, Madame Denise Couture, ainsi que la présidente du jury, Madame Mona-Josée Gagnon, pour sa précieuse collaboration.

Je remercie également mon époux qui n'était pas toujours d'accord avec mes choix mais qui est quand même demeuré à mes côtés pendant les moments difficiles.

Enfin, que serait la vie sans ami(e)s pour partager nos joies, nos peines, nos enthousiasmes et nos angoisses? Merci à ma meilleure amie, ma soeur, ainsi qu'à Gilles, Josée et Annie. Votre appui m'a été d'un grand réconfort.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

Ado.	Adolescent
Amélior.	Amélioration
Can.	Canada/Canadien(ne)
Chirur.	Chirurgien
Coord.	Coordonne/coordonnateur(trice)
Doc.	Document
Étud.	Étudiant
Fam.	Famille
Hiéar.	Hierarchisation
Hôp.	Hôpital
L.	Ligne (de service)
Méd.	Médecin
Omni	Omnipraticiens
Pop.	Population
Pro.	Professionnel
Prof.	Professeur
Rémuné.	Rémunération
Resp.	Responsable/responsabilité
Serv.	Service
Spéc.	Spécialiste
Surspéc.	Surspécialiste

INTRODUCTION

Depuis les années 1960, le système de services de santé québécois a été marqué par plusieurs changements importants, dont l'intervention du gouvernement provincial dans plusieurs sphères du monde médical. Nous pensons, par exemple, à l'établissement de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ), constituée en 1970, qui a fait de ce gouvernement le «payeur unique». La présence de ce tiers-payant, et ses interventions, ont donc créé un nouveau contexte pour la pratique professionnelle au Québec.

Depuis le début des années 1980, le gouvernement du Québec fait face à des problèmes financiers importants qui l'incitent à considérer une réorganisation structurelle du système de soins. C'est dans ce contexte qu'a été formulé, au début des années 1990, un avant-projet de loi sur l'organisation et la gestion des services de santé et des services sociaux. L'adoption de ce projet de loi en 1991, appelé Loi sur les services de santé et les services sociaux, (L.Q., 1991, c. 42) marque un autre changement important pour le contexte de la pratique médicale au Québec, car cette loi redéfinit les droits et les responsabilités ainsi que les rôles et les fonctions des intervenants du réseau des services de santé.

Plusieurs autres changements sont survenus au fil des ans dans le monde médical, et d'autres sont en voie de réalisation. Nous pensons, par exemple, au «virage ambulatoire», qui a eu lieu en 1995, et qui comporte d'importantes fermetures d'hôpitaux et de nombreuses mises à la retraite et mises en disponibilité chez les employés. Ce virage établit aussi une nouvelle conception du rôle et des responsabilités des fournisseurs de soins ainsi que du rôle et des responsabilités des clients du système de soins. Du point de vue des perspectives d'avenir, l'Office des professions a publié

une proposition de changements dans la désignation des actes professionnels qui pourraient avoir une très grande influence sur le rôle que joueront les acteurs du système de soins. À cela s'ajoute la proposition de hiérarchisation des services médicaux, publiée par le Conseil médical du Québec (CMQ).

Cela fait beaucoup de bouleversements dans le monde médical. Alors une question se pose à nous: qu'advient-il des acteurs oeuvrant dans ce système? À la suite de ces changements, le rôle des acteurs du système sera certainement différent. La place qu'occupe chaque corps professionnel a-t-elle été modifiée? Ces changements ont-ils été une occasion pour les acteurs du système d'augmenter leur tâches et leurs responsabilités ou, au contraire, ont-ils perdu des prérogatives et des droits? Qui sont les gagnants et qui sont les perdants de ces changements?

Les nombreuses lectures que nous avons effectuées nous ont permis de constater une volonté générale de mettre l'omnipraticien au centre du système de soins au Québec. En effet, l'omnipraticien est perçu par plusieurs acteurs influents du milieu médical comme l'acteur clé sur qui doivent reposer les réformes présentes et futures. À la lumière de ces changements et à la lumière des propositions émises, une autre question se pose à nous et elle nous a guidée tout au long de ce mémoire: quels impacts ont, ou auront, ces changements sur le rôle et la place de l'omnipraticien dans la division du travail sociosanitaire au Québec?

Afin de répondre à cette question, nous avons choisi de recourir à la sociologie des professions. Notre recherche ne procède pas selon une méthode hypothético-déductive; elle sert plutôt à apprécier dans quelle voie s'engage l'omnipraticien au Québec. C'est le concept de segmentation de la profession médicale, qui a retenu notre attention pour l'étude du rôle et de la place de l'omnipraticien dans le système de soins. En d'autres termes, l'objet de ce mémoire est de voir si une analyse des corps

professionnels en termes de segments peut aider à comprendre et à analyser une situation telle que le débat sur la place et le rôle de l'omnipratique dans le système sociosanitaire. En effet, comme nous pourrions le constater, le rôle de l'omnipratique dans le système de soins québécois est actuellement l'objet d'un débat. Les auteurs qui nous ont influencée dans notre analyse sont Coburn, Freidson et Marsden.

Par ailleurs, l'omnipratique est un corps professionnel qui fait partie d'un système large et complexe. Nous avons donc également étudié la dynamique interne de ce système pour mieux comprendre la place qu'elle occupe dans ce système. Autrement dit, nous analysons aussi comment un corps professionnel arrive à se tailler une place dans la division du travail et comment ce corps professionnel arrive à conserver cette place. Pour nous guider dans notre réflexion théorique, nous nous sommes aussi inspirée des travaux d'Abbott, qui portent sur la dynamique entre les groupes qui oeuvrent au sein d'un système professionnel.

Afin de mener ce mémoire à terme, l'auteure propose la démarche suivante: dans le chapitre premier, nous faisons état du débat sur le rôle de l'omnipraticien dans le système de soins québécois. Il s'agit ici de retracer quelques événements importants dans l'histoire de l'omnipratique au Québec afin de mieux saisir le contexte actuel. Dans un deuxième temps, nous indiquons l'existence d'un tel débat en montrant son renouvellement lors des récents changements, c'est-à-dire la réforme de 1991, le «virage ambulatoire» et la nouvelle désignation des actes professionnels proposée par l'Office des professions.

Après cette mise en contexte de l'omnipratique dans le système sociosanitaire québécois, nous indiquons la pertinence sociologique de notre mémoire. Pour ce faire, nous indiquons, au chapitre deux, que ce corps professionnel est une composante de la division du travail sociosanitaire et qu'une des figures possibles d'un corps

professionnel est la segmentation. La sociologie des professions nous fournit d'ailleurs une solide documentation sur le sujet, tout comme sur les stratégies utilisées par les corps professionnels pour créer et conserver une niche dans la division du travail sociosanitaire. Enfin, nous fournissons quelques distinctions et définitions des termes «micro-social» et «macro-social», «pratiques de travail» et «pratiques discursives» pour l'étude des professions.

Le troisième chapitre, quant à lui, traite de la méthodologie utilisée dans ce mémoire. Nous utilisons la méthode de l'analyse de contenu pour répondre aux questions qui nous ont motivée tout au long de cette recherche ainsi que pour confronter notre démarche théorique à nos données.

Le chapitre quatre consiste en un résumé des documents jugés pertinents pour ce mémoire, suivi d'une courte analyse et de quelques constats afin d'établir comment certains auteurs conçoivent le rôle de l'omnipratique et comment ils perçoivent sa place dans la division du travail sociosanitaire.

Finalement, le cinquième chapitre discute des résultats de notre démarche et tire des conclusions qui peuvent s'intégrer à notre cadre théorique.

Pour terminer, nous présentons une série de conclusions ayant trait à des caractéristiques plus générales de notre exposé sur le rôle et la place futurs de l'omnipratique dans la division du travail sociosanitaire au Québec, dans les années à venir. Ces considérations nous permettront de saisir l'objet de notre recherche tout en ouvrant la voie à des recherches futures en sociologie des professions.

CHAPITRE I : LE RÔLE DE L'OMNIPRATICIEN DANS LE SYSTÈME DE SOINS QUÉBÉCOIS : UN DÉBAT.

Le système de soins au Québec est l'objet de plusieurs débats, et ce, depuis plusieurs années. Cela est particulièrement notable depuis la mise sur pied de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) et l'adoption de la Loi sur les services de santé et services sociaux (projet de loi 65) en 1971, elles-mêmes précédées de commissions d'enquête et de discussions de projets de loi. Pour les fins de ce mémoire, nous nous attarderons toutefois aux changements qui sont survenus depuis le début des années 1990 seulement. Plus particulièrement, l'adoption du projet de loi 120 (devenu L.Q., 1991, c. 42) nous servira de point d'ancrage car elle est, selon nous, le signe précurseur de la dernière «restructuration» des services de soins au Québec, communément appelé «virage ambulatoire».

L'objet de notre mémoire étant le rôle et la place de l'omnipraticien dans la division du travail sociosanitaire au Québec, nous allons, dans ce premier chapitre, faire état des derniers questionnements sociaux sur la place de l'omnipratique dans notre système de soins. Au point 1.1, nous fournissons un bref portrait de quelques événements qui sont survenus dans l'histoire de l'omnipratique puis, au point 1.2, nous cernons les contours du débat social sur l'omnipratique. Finalement, au point 1.3, nous relierons ce débat aux différents changements planifiés.

1.1 QUELQUES ÉVÉNEMENTS IMPORTANTS DANS L'HISTOIRE DE L'OMNIPRATIQUE AU QUÉBEC (AVANT 1991)

Au Québec, la situation actuelle de l'omnipratique dans la division du travail sociosanitaire repose sur plusieurs événements importants. Nous croyons donc important d'en tracer un bref portrait afin d'amener le lecteur à mieux saisir le contexte actuel de la pratique omnipraticienne¹.

¹ Nous sommes consciente que plusieurs événements, autres que ceux dont nous

Au cours des décennies 50 et 60, les organisations médicales sont contre l'idée d'un régime public obligatoire d'assurance-maladie, considérant que l'État ne doit pas s'immiscer entre le médecin et son patient (Demers, 1994, p. 216). Toutefois, l'État québécois, au moment de mettre en place un régime d'assurance-hospitalisation puis un régime d'assurance-maladie, reconnaît aux omnipraticiens le droit d'accéder à l'hôpital et leur offre une rémunération unique pour un même acte, qu'il soit posé par un médecin spécialiste ou par un médecin omnipraticien. L'organisme représentant les omnipraticiens est alors amené à accepter la présence d'un tiers et la mise en place de la RAMQ devient donc un point tournant majeur pour «l'institutionnalisation» des omnipraticiens.

En 1971, la Loi sur les services de santé et les services sociaux accorde au ministère des Affaires sociales (MAS) -- maintenant appelé le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) -- la latitude nécessaire à la planification des soins au Québec, incluant la planification de la main-d'oeuvre fournissant ces soins.

À cette époque, l'effectif médical comporte 60 % de médecins spécialistes et 40 % de médecins omnipraticiens. Par souci de diminuer les dépenses de santé, le gouvernement, entre autres, se donne comme objectif de renverser cette proportion, c'est-à-dire de ramener l'effectif médical à 40 % de spécialistes et à 60 % d'omnipraticiens. C'est par le biais du contingentement des postes de résidence² dans les facultés de médecine, rémunérés par la RAMQ, que le MSSS tente cette transformation par la voie des négociations avec les

ferons état, sont survenus au cours de l'histoire de l'omnipraticien mais nous n'en relatons seulement quelques-uns qui ont influencé la pratique omnipraticienne au Québec.

² La formation universitaire en médecine au Québec comprend deux volets. Depuis 1988, l'étudiant doit faire quatre ans de baccalauréat (ce qui lui donne le diplôme de doctorat de 1er cycle, M.D.) et a deux choix de résidence: la résidence en médecine familiale, qui dure deux ans et qui donne accès à la pratique de médecin généraliste, ou la résidence en spécialisation dont le programme s'étend de trois à six ans selon la spécialité choisie. Cette dernière sert à préparer l'étudiant à l'exercice de la spécialité qu'il aura choisie parmi les 33 spécialités reconnues au Québec par la Corporation professionnelle des médecins du Québec.

Fédérations de médecins³. Ainsi, le Ministère alloue une plus grande place aux omnipraticiens dans la division du travail sociosanitaire.

À la fin des années 1970, la politique du contingentement n'est qu'une directive ministérielle. Ce n'est qu'en février 1982, dans la foulée de l'adoption du projet de loi 27, qu'elle est imposée par décret, limitant ainsi le nombre de postes de spécialités déterminé par le MSSS et le ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Science et de la Technologie (MESST). Or, cette politique a des répercussions sur la répartition de l'effectif médical.

En effet, le contingentement des places offertes en spécialisation a pour effet de causer une pénurie relative de spécialistes dans certaines régions. C'est pourquoi, le ministère révisé à la baisse, en 1986-1987, l'objectif du 60/40 et favorise plutôt un objectif de 55/45⁴. Finalement, la répartition des médecins au Québec en 1992, est de 50.4 % de spécialistes et de 49.6 % d'omnipraticiens (Collège des médecins du Québec, 1994, p. 38). Quant aux résidents pour l'année universitaire 1992-1993, ils sont au nombre de 507 en médecine familiale et de 1433 en spécialité (op. cit., p. 26).

En 1981, le projet de loi 27 (maintenant devenu le Chapitre 22 des Lois du Québec), proposé par le ministre des Affaires sociales d'alors modifie plusieurs lois touchant la santé et les services sociaux qui sont en vigueur depuis le début des années 1970. Une des mesures de ce projet de loi est *l'obligation pour tous les hôpitaux d'adopter un plan d'organisation spécifiant le nombre de médecins ayant droit d'y pratiquer et qui doit être approuvé par leur conseil régional* (Demers, 1994, p. 225). Parallèlement, plusieurs mesures incitatives à caractère économique sont introduites en juin 1982 par le MAS. Ces mesures visent à amener les nouveaux médecins à pratiquer dans les régions démunies.

³ Les Fédérations sont les représentants syndicaux qui ont pour fonction la défense des intérêts de leurs membres.

⁴ Le lecteur qui désire développer plus en profondeur ce sujet peut se référer à Demers, 1994 et à Morin, 1989.

Cette fois, il s'agit d'utiliser le système de rémunération à l'acte comme mécanisme pour assurer une meilleure répartition géographique de l'effectif médical. La majoration tarifaire est de 15 % pour les finissants omnipraticiens et de 20 % pour les finissants spécialistes (plus une prime d'installation) qui ouvrent leur pratique en région dépourvue. Ces mesures existent encore aujourd'hui, tout comme les mesures inverses (le médecin reçoit 70% du tarif habituel s'il s'installe dans une région comportant un effectif médical trop élevé) et s'appliquent pendant les trois premières années de pratique.

Cependant, les médecins omnipraticiens sont contre ces mesures et optent pour la grève qui se solde par une loi spéciale de retour au travail. En 1992, la répartition des omnipraticiens sur le territoire québécois se situe comme suit: 48,3 % pratiquent en région universitaire, 23,4 % en région périphérique, 17,1 % en région intermédiaire et 11,1 % en région éloignée⁵ (Collège des médecins du Québec, 1994, p. 123).

La mise en place de plans régionaux de l'effectif médical, alliée à des mesures de rémunération différentielle, se révèle, à l'usage, une mesure relativement efficace pour assurer une meilleure répartition géographique des omnipraticiens sur le territoire québécois. Une fois le nombre d'omnipraticiens assuré, encore faut-il pouvoir compter sur le fait qu'ils ou elles pratiquent en nombre suffisant dans les établissements publics.

Une nouvelle mesure adoptée cherche à atteindre cet objectif. C'est ainsi que depuis l'adoption du projet de loi 120 en 1991, les médecins omnipraticiens ayant moins de dix

⁵ En janvier 1993, le Québec a été découpé en quatre types de régions qui sont les suivantes: les régions universitaires sont Québec, Estrie, Montréal-Centre et Laval; les régions périphériques comprennent Lanaudière, Laurentides et Montérégie; les régions intermédiaires sont Trois-Rivières, Outaouais, Chaudière-Appalaches et la sous-région du Saguenay; les régions éloignées et isolées regroupent le Bas St-Laurent, l'Abitibi-Témiscamingue, la Côte-Nord, la Gaspésie, les Iles-de-la-Madeleine, la sous-région du Lac-St-Jean, les territoires cris et inuit.

années de pratique doivent effectuer une partie de leurs tâches dans un établissement public⁶.

Nous avons vu jusqu'ici quelles ont été les mesures prises pour assurer un ratio généralistes/spécialistes, un nombre donné de généralistes de même que leur répartition équitable sur le territoire parmi les diverses formes de pratique. Nous allons maintenant passer à l'examen de la formation reçue par le généraliste.

Avant 1988, il est possible pour un omnipraticien en voie d'obtention de son permis d'exercice soit de faire une année complète d'internat rotatoire, soit de suivre un programme de deux ans dans une unité de médecine familiale. Il y a donc, à cette époque, deux portes d'entrée pour accéder au titre de médecin omnipraticien. Conscientes que cela peut nuire à l'image de l'omnipraticie et à son pouvoir, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec⁷ (FMOQ), la Corporation professionnelle des médecins du Québec ainsi que les facultés de médecine font pression sur le gouvernement du Québec afin qu'il rende obligatoire une formation intégrée de deux ans en médecine familiale pour l'obtention du permis d'exercice. Elles obtiennent satisfaction en 1988. Voici ce que M. Clément Richer, président de la FMOQ, dit à ce sujet:

Nous nous sommes toujours opposés à l'existence de deux portes d'entrée pour accéder à l'omnipraticie, d'autant plus qu'elles débouchaient sur des omnipraticiens de formation différente. A mon sens, dans un contexte moderne où le médecin omnipraticien doit posséder les connaissances de base les plus vastes possibles, il ne doit y avoir qu'une seule porte pour entrer dans le système celle qui produit le meilleur omnipraticien possible. (Le Médecin du Québec, 1992, p. 15).

Dans la première partie de ce chapitre, nous avons dessiné les contours de quelques événements importants dans l'histoire de l'omnipraticie au Québec. Nous avons traité de l'importance de la mise en place d'un régime public d'assurance-maladie pour les

⁶ Voir à cet effet, l'art. 360 et ss. de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et l'art. 564 qui modifie l'art. 19 de la Loi de l'assurance-maladie.

⁷ La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec est le syndicat professionnel représentant ces médecins.

omnipraticiens, de la détermination du nombre absolu et relatif de médecins à travers la réduction du nombre de postes de résidence et la diminution du nombre d'étudiants dans les facultés de médecine, de l'adoption de mesures incitatives visant à améliorer la répartition des médecins sur le territoire québécois et de la mesure touchant le lieu de pratique des omnipraticiens et, finalement, des choix quant au type de formation.

Il est à noter que bien que nous ayons exposé les événements comme s'ils avaient eu lieu sans luttes et sans débats, ce n'est pas le cas. En effet, la communauté médicale n'a pas toujours accepté «de bon gré» les décisions du gouvernement. Toutefois, faute de temps et d'espace, nous nous en sommes tenue à relater quelques faits. Au prochain point, nous traitons du débat social sur l'omnipraticien.

1.2 LE DÉBAT SUR LE RÔLE DE L'OMNIPRATICIEN

Au Québec, il y a deux grandes catégories de médecins: les médecins omnipraticiens – aussi appelés généralistes ou médecins de famille – et les médecins spécialistes. Quant au système public de santé, il est divisé en trois lignes de services: les services de première ligne (soins primaires), de deuxième ligne (soins secondaires) et de troisième ligne (soins tertiaires)⁸. Nous pourrions croire que les spécialistes sont les acteurs principaux du système de soins puisqu'ils détiennent des connaissances plus poussées.

Or, nous avons vu que l'État québécois a pris diverses mesures pour faire des omnipraticiens un élément fondamental de ce système. En effet, tel que nous pourrions le constater, les services en médecine générale, conçus comme la base de l'organisation des services, occupent une place prépondérante dans notre système de soins. C'est du moins ainsi que le conçoit le rapport Castonguay-Nepveu lequel a présidé à la mise en place de ce système.

⁸ Pour les fins de ce mémoire, nous étudions seulement les services de première ligne, c'est-à-dire là où il est prévu que les omnipraticiens occupent une place déterminante.

Parmi les médecins, c'est l'omnipraticien qui peut le plus efficacement assurer l'entrée dans le système de distribution des soins. Comme généraliste, il semble le plus apte à poser le premier diagnostic à partir d'une vue d'ensemble des problèmes du malade, à traiter la majorité des cas et, au besoin, à orienter le malade vers les services spécialisés ou hospitaliers requis. (Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, 1970, Vol. IV, p. 98)

L'omnipraticien est une portion importante dans la division du travail sociosanitaire. Elle est donc au coeur de plusieurs débats, discours et préoccupations. En effet, un bref coup d'oeil jeté aux éditoriaux des journaux, aux revues médicales et même à l'Index de la santé et des services sociaux permet de constater rapidement l'importance accordée à ce groupe de médecins. Nous présentons, au cours des deux prochains points, les perceptions des autorités gouvernementales ainsi que celles de la profession médicale quant au rôle de l'omnipraticien dans le système de soins québécois.

1.2.1 Les perceptions des conseillers gouvernementaux quant au rôle de l'omnipraticien

Les médecins occupent une place privilégiée dans la dispensation des soins et des services en raison du champ exclusif de pratique qui leur est accordé en vertu du Code des professions⁹ et de la Loi médicale. Si, de ce point de vue, tous les membres de la profession médicale peuvent être considérés comme égaux, il n'en demeure pas moins que la structure d'un système de soins peut accorder une place plus grande à certains groupes qu'à d'autres. Ainsi, ciblés comme la porte d'entrée du système de soins, les soins de première ligne sont définis par les planificateurs comme le fondement même du système de soins au Québec puisque c'est vraisemblablement à travers les services de première ligne que s'établit le premier contact entre la population et le système¹⁰.

⁹ Une définition du Code des professions est fournie au point 1.3.3.

¹⁰ Les professionnels de la santé pouvant dispenser des services en première ligne sont notamment les omnipraticiens, les pédiatres, les infirmières, les gynécologues, les dentistes, les optométristes, les psychologues et les pharmaciens (pour leur avis sur l'utilisation des médicaments). Il existe aussi d'autres intervenants de première ligne qui ne sont pas membres de corporations professionnelles.

Selon le Conseil médical du Québec¹¹ (CMQ), les services de première ligne comportent:

un ensemble de services courants de santé qui s'appuie sur une infrastructure légère de moyens diagnostiques et thérapeutiques permettant de résoudre la majorité des préoccupations et problèmes communs de santé de la population. (Conseil médical du Québec, 1995, p. 33)

Quant aux soins médicaux primaires, l'Association médicale canadienne (AMC) les définit comme suit:

Primary medical care consists of first-contact assessment of a patient and the provision of continuing care for a wide range of health concerns. The scope of primary medical care includes the diagnosis, treatment and management of health problems; prevention and health promotion; and ongoing support, with family and community intervention where needed. (Association médicale canadienne, 1994, p. VII)

En nous fondant sur ces deux définitions, nous allons considérer comme équivalents les termes «services de première ligne» et les termes «soins primaires». Dans le document cité plus haut, le Conseil médical du Québec examine les trois lignes de services et présente ce que devraient être les quatre caractéristiques des services de première ligne. Nous verrons d'autant mieux pourquoi «services de première ligne» et «soins médicaux primaires» peuvent être considérés comme équivalents. Il s'agit de:

L'accessibilité: Ces services sont offerts 24 heures par jour, sept jours par semaine dans un délai raisonnable et sont accessibles facilement sur le plan géographique et sont prodigués à tous les membres de la collectivité.

¹¹ Le Conseil médical du Québec a été constitué en 1991, en vertu de la Loi sur le Conseil médical du Québec (projet de loi 171) il ... *a pour fonction de conseiller le ministre sur toute question relative aux services médicaux, en tenant compte des besoins de la population, de l'évolution des coûts des services médicaux et de la capacité de payer de la population* (art. 16). Le Conseil a été constitué par une loi spéciale, ses membres sont nommés par le gouvernement et il a pour fonction de conseiller le ministre de la Santé ; nous considérons que les propos du Conseil peuvent donner un aperçu des arguments qui pourraient être utilisés par les planificateurs des soins et des services de santé au Québec d'autant plus qu'on peut s'attendre à ce que cet organisme ait des intérêts différents de ceux des fédérations ou de ceux des corporations.

La globalité: Les professionnels oeuvrant en première ligne doivent faire face à plusieurs situations et problèmes d'ordre biologique, psychologique et d'origine sociale. Leurs services comprennent la prévention, le diagnostic, le curatif, la réadaptation et le palliatif.

La continuité: Il s'agit d'un suivi régulier des patients facilitant l'établissement d'une relation patient/médecin et qui permet au professionnel de bien cerner l'ensemble des problèmes en tenant compte de l'environnement familial et social du patient.

L'homogénéité: *La nature des services est comparable et de même qualité, qu'ils soient offerts en milieu urbain ou rural, en région éloignée ou périphérique, durant les heures dites « normales » ou en dehors de celles-ci.* (Conseil Médical du Québec, 1995, p. 34)

Nous avons présenté une brève définition des services de première ligne et des soins médicaux de première ligne ainsi que les caractéristiques des soins primaires. Voyons maintenant comment le Conseil médical du Québec situe le travail des omnipraticiens dans la division du travail sanitaire de première ligne.

Selon ce Conseil, les médecins omnipraticiens étant *dans une position stratégique pour intégrer l'ensemble des besoins des personnes et assurer la continuité des soins* (CMQ, 1995, p. 35) sont ceux qui, parmi tous les professionnels pouvant dispenser des soins et services de première ligne, doivent assurer le *rôle d'intégrateur en première ligne* puisqu'ils *sont les mieux outillés* (op. cit., p. 35) pour ce travail. C'est donc aux omnipraticiens que reviendrait la responsabilité d'intégrer l'ensemble des services fournis aux usagers.

Il importe de noter qu'un document¹² fait suite à la monographie intitulée *Avis sur une nouvelle dynamique organisationnelle à implanter: La hiérarchisation des services médicaux* et propose 1) l'inscription d'une population auprès d'un médecin omnipraticien; 2) la prise en charge de la clientèle par les omnipraticiens; 3) l'accessibilité en 2^e et 3^e lignes

¹² *Avis pour un mode mixte de rémunération des médecins de 1^{ère} ligne lié à l'inscription de la population*, Conseil médical du Québec, sept. 1996

sur référence des omnipraticiens seulement. La parution de ce deuxième document montre bien l'importance du débat autour de ce groupe de médecins. Pour l'instant nous retenons que le CMQ est en faveur d'une approche qui accorderait un rôle primordial à l'omnipraticien parmi les professionnels pouvant dispenser des soins et des services de première ligne.

Un autre organisme gouvernemental semble aussi intéressé par ce groupe de médecins. À juste titre, un sondage important a été effectué auprès de l'ensemble des médecins omnipraticiens (et de quelques médecins spécialistes oeuvrant en première ligne) de Laval par la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval (R.R.)¹³. La raison de ce sondage est la suivante:

Il y a actuellement un intérêt renouvelé pour les services de première ligne dans la réorganisation des services de santé et des services sociaux et les médecins sont des acteurs incontournables dans la dispensation de ces services. [...] il s'avère (donc) important de connaître l'opinion des médecins quant aux impacts de la Réforme sur la pratique médicale ainsi que sur le rôle qu'ils entendent y exercer. (R.R. de Laval, 1996, p. 3)

Ce sont les Régies régionales qui effectuent actuellement l'importante transformation du réseau de la santé et des services sociaux au Québec communément appelée «virage ambulatoire» que nous décrivons au point 1.2.2. Héritières des Conseils régionaux créés en 1970, elles ont pour mandat de planifier, d'organiser, de mettre en oeuvre, d'évaluer les services de soins et les services sociaux, ainsi que d'allouer les budgets dans chacune de leur région. (L.Q., 1991, c. 42, art. 340) Par conséquent, elles constituent une forme de décentralisation du pouvoir exercé par le MSSS. Voyons maintenant comment la profession médicale perçoit le rôle de l'omnipraticien dans le système de soins québécois.

¹³ *La Régie régionale est une corporation au sens du Code civil; elle est investie des pouvoirs généraux d'une telle corporation et des pouvoirs particuliers que lui confère la présente loi. L.Q., 1991, c. 42, art. 342. Il existe présentement 18 Régies régionales au Québec.*

1.2.2 Les perceptions de la profession médicale quant au rôle de l'omnipraticien

L'importance accordée à la première ligne n'est pas une idée nouvelle: le document *Une réforme axée sur le citoyen*¹⁴ précise qu'une des solutions à adopter pour résoudre les problèmes d'accessibilité à l'ensemble de la population est de *consolider le réseau de première ligne* (p. 18) et pour ce faire, le ministre entend *inciter les citoyens à utiliser le réseau de première ligne* (p. 19)

La FMOQ, tout en accordant une place prépondérante aux médecins omnipraticiens, semble d'accord avec cette idée de mettre l'accent sur les soins de première ligne:

[...] les médecins de famille sont, en complémentarité avec les autres professionnels de la santé, les mieux placés pour jouer un rôle central dans le nouveau modèle de soins de première ligne proposé au Québec. (Le Médecin du Québec, 1996, p. 90)

La FMOQ tient cependant à ce que ce modèle se définisse avec sa collaboration. En effet, afin de s'assurer que les médecins omnipraticiens ne soient pas de simples «aiguilleurs» des patients vers les services appropriés, elle propose *La réorganisation des soins médicaux de première ligne* (FMOQ, 1997) en privilégiant une approche par territoire et par population, la mise sur pied d'un département régional de médecine générale (DRMG) ainsi que l'ajout de l'effectif médical en cabinet privé aux plans d'effectifs régionaux, afin de mieux estimer l'effectif médical dont dispose une région.

L'effectif médical est, au Québec, l'objet de débats depuis plusieurs années déjà. Plus récemment, c'est sur l'effectif des omnipraticiens que le débat s'est centré. Citons par exemple, le Collège des médecins du Québec qui lance un cri d'alarme annonçant une pénurie de médecins omnipraticiens pour les années 2000. Cette pénurie serait attribuable à une baisse des admissions en médecine, au vieillissement des médecins omnipraticiens, à la féminisation de la pratique omnipraticienne, qui implique une diminution d'heures travaillées, ainsi qu'à une baisse générale du nombre moyen d'heures travaillées chez tous

¹⁴ Ce document a suivi la parution du rapport Rochon (deuxième commission d'enquête) et a servi de prélude à l'élaboration du projet de loi 120.

les médecins (Collège des médecins, 1997). De son côté, la FMOQ dénonce cette idée de pénurie en expliquant que le problème réside dans *la répartition intra-régionale* des médecins omnipraticiens ainsi que dans *la priorisation des services à offrir*¹⁵.

Autre point de débat: le rôle de l'omnipraticien. Est-il le coordonnateur des soins de première ligne? Ce principe risque de raviver de vieilles querelles entre la Fédération des infirmières et infirmiers du Québec (FIIQ) et la FMOQ. Un bref coup d'oeil aux éditoriaux qui font état des échanges entre les infirmières et infirmiers et les médecins omnipraticiens, permet de constater rapidement l'existence d'un débat autour des compétences et des juridictions¹⁶ de chacune de ces deux professions. La lecture de la lettre ouverte de Mme Jennie Skene, présidente de la FIIQ, dans le journal *Le Devoir* du 18-19 mai 1996, ainsi qu'un article de la revue *Le Médecin du Québec*¹⁷ (décembre 1995, p. 97) permettent de bien saisir ce débat. (voir l'annexe I)

Il y aurait donc un débat autour du rôle et de la place de l'omnipraticien dans la division du travail sociosanitaire, et ce, tant au sein du gouvernement qu'au sein de la profession médicale elle-même. Le premier accorde un rôle primordial aux omnipraticiens dans la dispensation des soins de première ligne alors que la seconde leur octroie une place prépondérante dans le système de soins. Nous allons maintenant voir comment ces débats sont reliés aux derniers changements apportés au système de soins québécois.

¹⁵ Citation du Dr. Jean Rodrigue, Directeur des communications à la FMOQ, lors d'une conversation téléphonique du 5 août 1997.

¹⁶ Nous entendons le terme «juridiction» au sens proposé par Andrew Abbott dans *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor*; il s'agit de l'établissement d'un lien entre une aire de travail et un groupe de travailleurs (p. 34). Nous avons décidé d'adopter une traduction littérale du terme «juridiction» même si nous savons qu'en français ce terme n'a pas le sens qu'Abbott lui attribue.

¹⁷ Le Médecin du Québec est une revue publiée mensuellement par la FMOQ.

1.3 UN RENOUVELLEMENT DU DÉBAT LORS DE CHANGEMENTS RÉCENTS

Deux changements importants survenus au cours des dernières années, et un troisième, à venir, ont (ou auront) un impact majeur sur l'omnipraticque au Québec. Il s'agit de la réforme de 1991 avec l'adoption du projet de loi 120 et le «virage ambulatoire» d'une part, et les changements à venir dans la désignation des actes professionnels, d'autre part. Nous allons, à présent, montrer comment ces changements contribuent à raviver le débat sur le rôle et la place de l'omnipraticien dans le système de soins québécois.

1.3.1 La réforme de 1991

Une réforme du système de soins mis en place au Québec en 1970, s'amorce au Québec à la fin des années 1980. C'est dans son document *Une réforme axée sur le citoyen* publié en 1990, précédé des *Orientations* du ministre précédent (Thérèse Lavoie-Roux), que le ministre des Affaires sociales d'alors, M. Marc-Yvan Côté, annonce les grandes lignes de cette réforme. Une mise à jour complète de la législation sur les services de santé et les services sociaux a suivi ainsi qu'une nouvelle loi sur ces services, et ce, dès 1991. Il s'agit du projet de loi 120 devenu L.Q. 1991, c. 42.

L'adoption de cette loi a eu un impact majeur sur les intervenants du réseau de la santé puisqu'elle redéfinit leurs droits et leurs responsabilités ainsi que leurs rôles et leurs fonctions. Par exemple, chaque région administrative du Québec est maintenant dotée d'une Commission médicale régionale¹⁸ (CMR). C'est également à la suite de cette réforme, que

¹⁸ La Commission médicale régionale est une instance consultative auprès du Conseil d'administration des Régies régionales qui donne des avis sur l'organisation et la distribution des services médicaux, sur le plan des effectifs médicaux, sur les modes de rémunération et l'organisation de la pratique des médecins, qui propose une liste d'activités médicales particulières et qui exécute tout autre mandat confié par la Régie régionale. Elle est composée de trois omnipraticiens, de trois spécialistes, d'un représentant de la faculté de médecine de la région, du directeur de la santé publique et du directeur général de la Régie régionale (L.Q., 1991, c. 42, art. 367 et 369).

le ministre a créé deux nouvelles instances pour le conseiller: le Conseil de la santé et du bien-être et le Conseil médical du Québec. Ce dernier a été officiellement constitué par la Loi sur le Conseil médical du Québec adoptée par l'Assemblée nationale le 10 décembre 1991 et dont les premiers membres furent nommés par le gouvernement le 13 avril 1993. (Conseil médical du Québec, 1995)

Il importe de noter que c'est cette instance qui propose aujourd'hui, dans son document *Avis sur une nouvelle dynamique organisationnelle à implanter: la hiérarchisation des services médicaux*, déposé auprès du ministre en 1995, une vision de l'organisation des soins au Québec et qui donne la primauté à l'omnipraticque dans les soins et services de première ligne.

Par ailleurs, en se fondant sur le document *Un financement équitable à la mesure de nos moyens* (MSSS, 1991), le gouvernement a aussi pris des décisions pour faire face à la situation financière tout en prenant soin de conserver les éléments de base qui font du système québécois un système public de soins. Il s'agit de l'accessibilité, l'universalité et la gratuité des services médicaux. Nous pouvons ici établir aussi un lien entre le souci de maintenir un système public de soins qui soit fiscalement viable, d'une part, et l'accent mis sur les services de première ligne qui est, d'autre part, un principe moins coûteux.

L'adoption de *La politique de la santé et du bien-être* (MSSS, 1992) a suivi. Elle contient des objectifs précis et des stratégies simples afin que les efforts convergent vers l'atteinte de résultats spécifiques et ce, à tous les niveaux et pour chaque problème, d'ici l'an 2002. La politique repose sur trois convictions: il y a maintenant un partage de responsabilités entre l'État et ses citoyens quant à la prise en charge d'un malade; les responsabilités doivent être partagées entre *les individus, les familles, les milieux de vie, les pouvoirs publics et l'ensemble des secteurs d'activité de la vie collective* (MSSS, 1992, p. 11); la santé constitue un investissement pour la société.

Nous retenons donc que cette réforme a donné lieu, au niveau provincial, à la création du Conseil médical du Québec qui à son tour, a proposé une nouvelle vision de l'organisation sociosanitaire qui fait de l'omnipratique la pierre angulaire de la première ligne. En outre, la réforme a aussi institué, au niveau régional, une instance consultative, la CMR, permettant au corps médical d'influencer formellement l'organisation des services dans une région donnée.

Depuis le début de 1996, une restructuration du système de soins se fait jour au Québec. Il s'agit du «virage ambulatoire». Voyons maintenant comment le débat social autour de l'omnipratique peut être relié au «virage ambulatoire».

1.3.2 Le virage ambulatoire

Dans le but déclaré d'améliorer la santé et le bien-être des citoyens, le gouvernement du Québec s'est donné comme tâche de réorienter un système auparavant centré sur les moyens et les services vers un système centré plutôt sur les résultats en termes de santé et de bien-être. Dans le Rapport de la Commission d'enquête sur les services de soins et les services sociaux (aussi appelé le Rapport Rochon) un des messages centraux est le suivant:

Le système est avant tout le lieu d'une confrontation entre différents intérêts pour des ressources à partager. Ceci explique qu'on soit davantage centré sur les moyens plutôt que sur les objectifs. (Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, 1988, p. 687)

Cette Commission, à l'origine de la réforme de 1991, propose alors de replacer le citoyen au coeur du système et invite le gouvernement à se concentrer sur sa mission fondamentale, c'est-à-dire l'amélioration de la santé et du bien-être. La restructuration actuelle du système de soins, faisant suite à la réforme de 1991, se veut donc *Une réforme axée sur le citoyen*. La solution proposée est de responsabiliser l'individu en l'aidant à trouver les solutions dans son milieu de vie. Il s'agit de l'idée centrale qui oriente ce qu'il est convenu d'appeler le «virage ambulatoire»:

Le maintien en milieu naturel se traduit par diverses mesures qui s'interrelient et se complètent dans un continuum de services afin de favoriser l'intégration sociale des personnes, de prévenir ou de réduire leur institutionnalisation [...] Les services offerts au domicile même des personnes, et particulièrement les services de première ligne, représentent une composante importante de ce continuum, car le maintien en milieu naturel se réalise en grande partie à travers ces services. (MSSS, 1994, p. 1)

Le terme «virage ambulatoire» est largement utilisé tant par les dirigeants politiques, les professionnels de la santé, les médias que la population en général. C'est pourquoi nous croyons important de le définir. Il importe toutefois de noter un fait important avant de fournir une telle définition; il n'existe pas de cadre unique de référence présidant à cette orientation, à ce virage. Néanmoins, les différentes lectures nous amènent à envisager le «virage ambulatoire» comme la manifestation d'une volonté gouvernementale de diminuer l'importance accordée à l'institutionnalisation pour recentrer les efforts sur la prise en charge ambulatoire, c'est-à-dire en maintenant l'individu dans son milieu de vie naturel et sur l'utilisation de ressources plus légères. La R.R. de Montréal-Centre parle d'un

[...] passage des hôpitaux, d'organisations conçues autour du nombre de lits, à des organisations conçues autour des processus d'interventions, de traitements et des soins de plus en plus dispensés sur un mode ambulatoire [...] on assistera à une augmentation des services dispensés sur une base ambulatoire sans hospitalisation: chirurgie d'un jour, médecine d'un jour, services externes. (1995, p. 35)

N'ayant pas trouvé de définition officielle de cette orientation, nous avons également retenu la définition du «virage ambulatoire» qu'offre le Conseil du statut de la femme, puisqu'à notre avis, il la décrit bien. Il la définit comme étant un:

Substitut à l'hospitalisation, le virage ambulatoire consiste à offrir des soins de santé en maintenant la personne dans sa communauté. Le maintien dans son milieu naturel se fait soit, en remplaçant l'hospitalisation par diverses options ou en accélérant le retour de la personne dans son milieu de vie après l'hospitalisation (Conseil du statut de la femme, 1996, p. 11)

La chirurgie d'un jour, les soins d'un jour, l'hôpital à domicile et la diminution du nombre de jours d'hospitalisation sont quelques dispositifs de remplacement de l'hospitalisation. Cette réorientation a entraîné la fermeture d'hôpitaux, mesure considérée comme la plus efficace pour procéder à une réallocation des ressources des secteurs de

deuxième et troisième lignes vers le secteur des services de première ligne. Ce secteur comporte bien sûr les services des omnipraticiens. Ainsi, la fermeture d'hôpitaux a ajouté, dans le domaine de la prise en charge ambulatoire, un effectif important d'omnipraticiens qui, ainsi, ne peuvent plus travailler à l'urgence des hôpitaux. Se pose donc, avec une nouvelle acuité, la question du rôle et de la place de l'omnipraticien dans ce secteur au regard, entre autres, des intervenants qui y sont déjà présents.

Il y a deux catégories de services ambulatoires: les services médicaux ambulatoires et les services chirurgicaux ambulatoires. Les premiers consistent en

l'investigation pour poser un diagnostic médical, les traitements selon l'évolution de la maladie et l'acquisition de connaissances spécifiques pour que le malade s'administre son traitement (...) [tel que les] traitements de chimiothérapie, de radio-oncologie et aussi d'antibiothérapie. (op. cit., p. 11)

Quant aux services chirurgicaux ambulatoires, ils comportent trois phases; la phase préopératoire, l'intervention chirurgicale et le suivi postopératoire. La première phase comprend *la demande du chirurgien, l'examen physique du patient, la préparation à l'anesthésie et l'enseignement préopératoire à la personne. (op. cit., p. 12)* La phase opératoire consiste en l'opération d'un jour. Finalement, la phase postopératoire comporte un séjour d'une durée moyenne de 30 minutes en salle de réveil ainsi que les soins en salle d'observation, qui peuvent varier entre une heure et quatre heures.

Les services chirurgicaux ambulatoires pourraient entraîner une composition différente des tâches de l'omnipraticien. En effet, ce dernier sera-t-il le bras droit du chirurgien ou cette fonction reviendra-t-elle à l'infirmière? Ainsi, le «virage ambulatoire» pourrait conduire à l'établissement de nouveaux rapports entre l'omnipraticien et le chirurgien. On note donc ici une extension possible du champ de l'omnipraticien.

Les services de médecine d'un jour et de chirurgie d'un jour sont habituellement dispensés par le centre hospitalier. La prise en charge devrait ensuite être assurée par les CLSC, qui offrent, rappelons-le, des services de première ligne pour les cas où, par exemple,

le milieu naturel du patient ne pourrait assurer le soutien à domicile. Toutefois, le suivi médical demeure la responsabilité du centre hospitalier. Ce dernier doit également s'assurer qu'il y a suffisamment de ressources nécessaires pour pourvoir aux besoins du patient avant même de le transférer dans un programme offert par le CLSC.

Les services dispensés par les CLSC se concentrent principalement autour des services requis pour le maintien en milieu naturel de la personne. Leur responsabilité consiste à poursuivre le traitement et à faire le suivi auprès du médecin traitant.

Nous retenons ici que le «virage ambulatoire» repose sur la notion de responsabilisation des personnes et qu'il implique un transfert des soins de l'hôpital vers les services de première ligne, qu'il s'agisse des services offerts par les intervenants du CLSC, par les omnipraticiens ou par les services que peuvent assurer les proches. En outre, le «virage ambulatoire» touche principalement les acteurs oeuvrant en première ligne, par conséquent, les omnipraticiens. On peut donc entrevoir des effets possibles du «virage ambulatoire» tant sur les effectifs professionnels assurant les services de première ligne que sur la composition éventuelle des tâches de l'omnipraticien.

1.3.3 Un changement possible : la désignation des actes professionnels

La mise en place du système québécois de soins (1970) a été suivie de l'adoption du Code des professions en 1973. À l'origine de cette mise en place, la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social (Rapport Castonguay-Nepveu) recommandait le maintien d'une structure laissant une certaine autonomie aux professions. Toutefois, elle prônait une transformation majeure de l'organisation professionnelle afin de pouvoir l'adapter à la nécessité d'assurer la protection du public.

Le rapport de cette Commission a donné naissance au projet de loi 250, et le texte de loi, le Code des professions, a été sanctionné le 6 juillet 1973. Il avait comme but principal de *donner une cohérence à l'organisation et à la réglementation des activités des professionnels*. (Dussault, 1978, p. 453) Le texte précise aussi qu'il n'y a autonomie professionnelle que parce que l'État consent aux corporations des délégations de pouvoir justifiées seulement par la protection des intérêts du public.

Plus tard, le Code a créé l'Office des Professions qui est un *organisme chargé de surveiller les activités des corporations et habilité à se substituer à elles dans les situations où elles n'assureraient pas les responsabilités de protection du public que leur confie la loi*. (ibid., p. 454)

Ce Code a également institué deux grandes catégories d'ordres professionnels: les ordres à titre réservé et les ordres d'exercice exclusif. Les membres de la première catégorie ont le monopole du titre seulement. Quant aux ordres d'exercice exclusif, c'est par le biais de la désignation d'un champ de pratique que l'exclusivité leur est attribuée.

Les membres faisant partie des ordres d'exercice exclusif, tels que les médecins, détiennent l'exclusivité du titre et de la pratique professionnelle. Le Québec compte aujourd'hui plus de 250 000 professionnels regroupés en 43 ordres dont 23 sont d'exercice exclusif et 20, à titre réservé.

Toutefois, les professions ayant évolué comme le reste de la société (morcellement des champs de connaissance, multiplication des spécialités et des apprentissages techniques, etc.), elles font maintenant face à plusieurs difficultés¹⁹. Entre autres, les ordres à titre réservé considèrent qu'il est difficile de protéger le public de façon appropriée s'ils ne peuvent pas assurer un contrôle adéquat de la pratique. Quant aux professions d'exercice

¹⁹ La perspective gouvernementale sur ces difficultés est présentée dans *Une réforme axée sur le citoyen*, MSSS, 1990, pour ce qui est des corps professionnels actifs dans le domaine de la santé et des services sociaux.

exclusif, elles désirent actualiser leurs lois et procéder à des mises à jour. Finalement, tous semblent insatisfaits du mécanisme de délégation des actes qui semble engendrer un chevauchement de champs d'activités connexes, occasionnant ainsi des conflits interprofessionnels. (Office des professions du Québec, 1996b)

L'Office des professions du Québec a donc entrepris de proposer des solutions aux différents problèmes vécus par le monde professionnel en tentant de délimiter des champs et des niveaux de responsabilité.

S'étant tournée vers une approche systémique, l'Office remet en question le concept de champ d'exercice exclusif et propose d'instaurer une approche fondée sur un champ descriptif et sur des actes réservés. Lors d'une entrevue accordée au *Devoir*, M. Diamant, président de l'Office des professions, explique qu'il faut:

[...] décrire exhaustivement les activités de chaque profession. Ensuite, il faut établir quels actes professionnels devraient être réservés: ne seraient réservés que les actes mettant en cause la sécurité du public. Enfin, on déterminerait pour chacun des actes réservés les professionnels d'un ou plusieurs ordres qui seraient qualifiés et autorisés à les poser seuls ou en partage. (Le Devoir, 6/10/96, p. 1)

Il s'agit en fait d'un partage d'actes réservés avec d'autres professionnels. Toutefois, la délimitation d'un champ descriptif par un ordre professionnel, c'est-à-dire la description des activités professionnelles constituant l'exercice de la profession, permettra à celui-ci de se doter d'une spécificité.

La proposition de l'Office consiste à présenter trois catégories d'actes réservés qui seraient attribuées aux ordres d'exercice exclusif, 1) les actes réservés en exclusivité, ils sont des actes qui peuvent être posés uniquement et en toute autonomie par des membres faisant partie d'un ordre professionnel identifié; 2) les actes réservés en partage, il s'agit des actes posés en copropriété, c'est-à-dire qu'ils sont posés par des personnes d'appartenances professionnelles diverses; 3) les actes réservés en autorisation, ils peuvent être posés par des personnes membres ou non de différents ordres professionnels.

Les changements proposés par l'Office surviennent après la réforme de 1991. Il faut cependant se rappeler que le document *Une réforme axée sur le citoyen* (MSSS, 1990, p. 43) qui a été l'élément central de cette réforme, fait allusion à la nécessité de ces changements. Tout le monde semblait alors conscient du fait qu'une restructuration du système de soins ne pouvait se faire sans une révision en profondeur du Code des professions qui régit en partie l'organisation de la main-d'oeuvre sociosanitaire. Nous pouvons néanmoins nous étonner du fait que la révision du Code des professions, qui a été effectuée en 1994, n'ait pas comporté les changements effectivement proposés. En d'autres mots, il est intéressant de noter que la mise en place du système de soins en 1970 a été accompagnée de la réorganisation du système professionnel à travers le Code des professions et, que, 20 ans plus tard, lors de la réforme de ce système, il y a une modification du Code des professions ainsi qu'une proposition d'une nouvelle catégorisation des actes professionnels en 1996.

En conclusion, l'omnipratique peut prendre différentes formes au Québec dans les années à venir. Parmi celles-ci, il y a lieu de se demander si, délogé d'un lieu prestigieux de travail, c'est-à-dire l'hôpital, l'omnipraticien arrivera à se créer un nouveau lieu d'attache, que ce soit son CLSC, son cabinet privé, sa région ou sa ville, sa position (professeur ou praticien), etc. Deviendra-t-il l'exécutant des fournisseurs des soins spécialisés ou le coordonnateur des soins?

CONCLUSION

Au début de ce chapitre nous désirions connaître l'étendue et la signification des questionnements sociaux sur la place de l'omnipratique dans notre système de soins. Nous sommes maintenant en mesure de répondre que plusieurs acteurs se préoccupent de cette question. En effet, nous avons montré que le gouvernement, la profession médicale, les journaux, bref plusieurs groupes s'intéressent aux omnipraticiens.

Quant à la signification de ces questionnements sociaux, nous croyons important de rappeler trois éléments du contexte dans lequel ils sont survenus. Premièrement, ils surviennent en réponse à un changement de mentalité (virage résultats et responsabilisation de la personne). Ensuite vient la crise des finances publiques (raison principale du «virage ambulatoire»). Finalement, l'avancement technologique est aussi responsable en partie du «virage ambulatoire» et du changement dans la désignation des actes professionnels.

Tel que nous l'avons montré, l'omnipraticien, défini par certains comme la pierre angulaire des services de première ligne, est donc au coeur des transformations. C'est pour ces diverses raisons que nous désirons étudier la médecine omnipraticienne dans un contexte de planification de changement. Maintenant que nous avons montré qu'il existe bel et bien divers questionnements sur l'avenir du rôle et de la place de l'omnipraticien dans le système de soins au Québec, voyons quel éclairage la sociologie nous procure pour dégager le sens et la portée de ces questionnements.

CHAPITRE II : L'OMNIPRATIQUE, UNE COMPOSANTE DE LA DIVISION DU TRAVAIL SOCIO-SANITAIRE.

Les corps professionnels peuvent être étudiés sous plusieurs angles. Par exemple, certains sociologues les ont examinés sous l'angle du pouvoir, de l'autonomie, du prestige, du rôle qu'ils jouent, en termes de segments ou faisant partie d'une division du travail. Quant à nous, nous nous intéressons principalement au concept de segmentation au sein d'un corps professionnel. Diverses organisations médicales et autres ont pris position sur le rôle qui devrait être attribué à l'omnipraticien. Nous ne souhaitons pas partir de l'identité d'une organisation pour expliquer sa position, ni expliquer la diversité des positions par la diversité des organisations. Nous allons plutôt partir d'une analyse de la teneur des positions pour découvrir s'il existe ou non des segments au sein du corps médical. Autrement dit, nous ne présumons pas qu'à chaque organisation correspondrait un segment.

Ainsi, nous examinons, dans ce deuxième chapitre, comment le concept de segment a fait, en sociologie des professions, l'objet d'études instructives. Puis, au deuxième point, nous établissons que l'étude d'un corps professionnel ne peut se réaliser sans analyser la division du travail dans lequel il s'insère. Finalement, au troisième point, nous présentons quelques distinctions entre le niveau micro-social et le niveau macro-social dans l'étude des professions, puis entre les pratiques discursives et les pratiques de travail au sein des corps professionnels.

2.1 UNE DES FIGURES D'UN CORPS PROFESSIONNEL

Dans la première partie de ce deuxième chapitre, nous élaborons sur une façon de voir un corps professionnel en évolution dans la division du travail socio-sanitaire. Nous traitons de la segmentation. Tout d'abord, une explication du concept est proposée, puis, en deuxième lieu, nous établissons l'utilisation que certains sociologues en ont faite pour ensuite établir l'usage que nous en ferons dans ce mémoire.

2.1.1 Le phénomène de division du corps médical vu sous l'angle de la segmentation

Les différents corps professionnels du système de soins ne formeraient pas des blocs monolithiques mais constitueraient plutôt des ensembles de *praticiens stratifiés par différents niveaux de prestige, de revenus et de pouvoirs* (Paicheler, 1992, p. 49). Quant aux professions, Paicheler écrit qu'elles *sont des lieux de soubresauts dus aux conflits qui opposent les différents segments*. (op. cit., p. 49) Finalement, ce serait l'ensemble des composantes faisant partie d'un même secteur d'activités qui formerait la structure d'une profession, chaque composante représentant un segment. Quelques illustrations de ce concept, utilisé par plusieurs sociologues, sont présentées.

Certains auteurs voient la segmentation d'un corps professionnel comme étant une division de celui-ci en plusieurs spécialisations. Nous avons en fait identifié plusieurs autres axes de segmentation. En effet, pour n'en nommer que quelques-uns, la segmentation peut être vue en termes de lieu de pratique (par exemple, les omnipraticiens qui pratiquent en milieu rural par rapport à ceux oeuvrant en milieu urbain); elle peut aussi être vue en termes de langue (ceux qui travaillent au Québec, les francophones comparés à ceux qui exercent la profession dans le reste du Canada, les anglophones); en termes de site de pratique (la pratique privée par opposition à la pratique en milieu public); en termes de génération (il suffit de penser aux débats sur la question du taux différentiel qui oppose la FMRQ à la FMSQ¹); en termes de féminisation de la profession médicale (la dimension du genre féminin et masculin est non négligeable au Québec puisque plusieurs auteurs s'attardent sur le phénomène); en termes de type d'activités (on y retrouve des administrateurs, des chercheurs ou professeurs et ceux qui ne se consacrent qu'à la clinique); et finalement en termes de type de spécialités (omnipraticiens, neurochirurgiens, endocrinologues, etc.).

¹ A l'automne 1995, la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) a mis en application des mesures de compression faisant que tout nouveau médecin spécialiste qui commence à pratiquer au Québec verra ses revenus amputés de 15 à 30% alors que la Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ) aurait préféré une diminution d'environ 10% pour l'ensemble des médecins spécialistes.

Louis Demers (1994, p. 229) rend bien compte de la multiplicité des lignes possibles de fracture -- ou de segmentation -- au sein de la profession médicale québécoise:

Diversité des omnipraticiens et des spécialistes et, parmi ceux-ci, diversité des spécialistes généraux et des «surspécialistes», des chirurgiens et des «médecins de médecine»; diversité des médecins d'hôpitaux, de CLSC et de cabinets privés; diversité des médecins des régions et des médecins des grands centres; diversité des cliniciens et des médecins en santé communautaire, tournés vers des interventions sur des populations; diversité des médecins allopathes et des médecins holistes; dans les hôpitaux, diversité des médecins qui entrent en concurrence pour le partage des ressources matérielles et techniques.

Les premiers sociologues qui ont tenté de conceptualiser cette diversité sont Bucher et Strauss (1961). Selon eux, contrairement à ce que les fonctionnalistes ont pu prétendre, un corps professionnel n'est pas un corps unifié autour d'un noyau central. Il s'agirait plutôt d'un agrégat de sous-ensembles appelés segments, possédant chacun leurs propres intérêts, valeurs et identités. Cet agrégat donne une apparence d'unité face à l'extérieur, alors qu'en réalité il existerait des luttes, des conflits et des divergences d'intérêts entre les groupes de professionnels qui appartiennent à un même corps professionnel. Le maintien de cette apparence d'unité vis-à-vis de l'extérieur peut d'ailleurs être considéré comme l'objet d'un travail au sein d'un corps professionnel, particulièrement au sein des instances désignées pour représenter ce corps.

Par exemple, les objectifs des médecins, bien qu'ils semblent être les mêmes pour la communauté médicale entière, sont en fait bien différents d'un groupe de médecins à l'autre. En effet, ce qui semble faire partie de la médecine dans son ensemble n'appartiendrait qu'à certains segments et non à d'autres. Sept domaines pouvant faire l'objet de conflits sont répertoriés par Bucher et Strauss.

Le sens d'une mission Lorsqu'une spécialité se développe, un discours visant à persuader de la nécessité d'une formation particulière adaptée au développement des compétences requises est élaboré, discours qui permet de définir la mission spécifique de cette spécialité. Il s'agit en fait d'une lutte pour la reconnaissance et l'obtention d'un statut institutionnel (Baszanger, 1992, p. 71) visant l'exclusivité d'un domaine. Cette concurrence existe entre

chercheurs et praticiens, entre radiologistes thérapeutes et radiologistes pratiquant le diagnostic (les premiers ont pour mission de développer des «applications des radiations» alors que les seconds se concentrent sur le diagnostic), entre pathologistes cliniques qui se spécialisent dans l'identification de la pathologie, et pathologistes qui contribuent aux sciences fondamentales. Ces quelques exemples montrent comment, même au sein d'une spécialité, des divergences d'intérêts peuvent surgir et mener à des interprétations différentes de la mission d'une spécialité.

Les activités de travail Le type de tâches considérées comme les tâches dominantes, le degré de diversification des tâches et la nature des tâches sur lesquelles l'accent est mis, peuvent être autant de facteurs contribuant à la segmentation. Par exemple, le clinicien examine le patient, pose un diagnostic et administre un traitement alors que le pathologiste, le radiologiste ou l'anesthésiste n'accomplissent pas ces types de tâches. L'organisation des activités de travail peut aussi différer d'un segment à l'autre. En effet, un pathologiste, par exemple, peut accorder 80 % de son temps à l'enseignement et 20 % à la recherche alors qu'un autre peut ne se consacrer qu'à la recherche.

Méthodologies et techniques Celles-ci sont souvent le fondement des divisions entre les membres d'une profession. En effet, les spécialités, qui adoptent différentes perspectives méthodologiques peuvent se morceler en autant de segments, ce qui conduit à des divisions profondes au sein d'une même profession. La psychiatrie est un bon exemple. Certains psychiatres adoptent la thèse du fondement biologique et d'autres, celle du principe psychologique. Ainsi, étant donné qu'ils se concentrent sur des aspects différents de la maladie, ils adoptent différentes thérapies et poursuivent différents types de recherche.

Les clients Les relations entre patient et médecin peuvent adopter diverses formes. Cette variation peut constituer une autre source de différenciation au sein d'une profession, chaque forme pouvant correspondre à la mission et aux activités spécifiques d'un segment. De plus, les médecins d'un segment peuvent élaborer une relation particulière avec leurs patients qu'eux seuls peuvent entretenir. C'est le cas du pédiatre et du psychiatre, par exemple, qui

prétendent que leurs patients ne se résument pas au malade devant eux mais qui voient plutôt la famille élargie comme faisant partie de leur clientèle. Finalement, certaines spécialités n'ont pas de patients au sens habituel. Par exemple, c'est le cas des pathologistes, des anesthésistes et des radiologistes, qui remettent les résultats de leurs analyses au médecin traitant, ou qui travaillent sous la supervision des chirurgiens.

La confraternité Bien que certaines caractéristiques donnent une profondeur à la relation entre les confrères de travail (contrôle de l'admission à la profession, déploiement d'une mission exclusive, attitudes communes envers les patients et la société, développement d'associations formelles ou informelles), les aspects unificateurs de la vie professionnelle sont quelquefois les mêmes que ceux qui la divisent en différents segments. Par exemple, un projet quelconque peut lier les collègues d'un même segment et en éloigner d'autres. Toutefois, une fois le projet terminé, les premiers risquent de ne plus partager de tâches entre eux. Il est donc préférable de parler en termes de «cercles de confrères» puisque les membres d'une profession sont rarement tous confrères.

Intérêts professionnels et associations Les intérêts des divers segments au sein d'une spécialité peuvent être différents voire même antagoniques. Cette divergence porte fréquemment sur *l'accès à une position d'influence dans une institution, sur les questions de recrutement et sur les relations avec l'extérieur* (ibid. p. 79). Quant aux associations professionnelles, elles se rapportent aux intérêts internes du segment ou de la profession qu'elles servent.

Unité apparente et relations publiques Bien que les dispositifs, tels que les codes de déontologie, les permis de pratique et les associations professionnelles, démontrent une certaine unité de façade, ils traduisent dans les faits le pouvoir exercé par certains groupes sur d'autres. En effet, lorsque des segments sont en cours de constitution, les associations deviennent des lieux de conflits et entrent en compétition pour gagner le contrôle de ces segments. Les positions finales de ces associations sont donc le résultat d'une prise de

contrôle réalisée par un ou quelques segments suite aux luttes de pouvoir qu'ils ont gagnées, ce qui, bien sûr, échappe aux profanes.

Les segments ne seraient pas seulement le produit d'une différenciation effectuée selon certains critères mais seraient plutôt des identités organisées impliquant le partage de ces identités révélées dans les cercles de confrères. Toutefois, n'étant pas une partie stable d'un corps professionnel, ils sont soumis à des changements plus ou moins fréquents imposés par des transformations de leur appareil conceptuel et technique, par des conditions relatives aux institutions de travail et par des variations dans les relations avec les autres segments et les autres métiers². De cette démonstration où sept domaines du travail médical ont été perçus comme des objets ou des causes de segmentation (ou les deux) nous retirons l'idée qu'il existe une diversité de conceptions et de points de vue dans plusieurs domaines, et ce, au sein d'une même profession. Voyons maintenant comment les sociologues ont utilisé ce concept dans leur analyse des professions.

2.1.2 L'utilisation de ce concept par des sociologues

Il s'agit ici de dépister ce que le concept de segmentation permet de comprendre et comment il a été utilisé dans l'analyse des changements survenus au sein de corps professionnels. Nous avons retenu trois analyses différentes (celles de Coburn, de Freidson et de Marsden) qui examinent toutes un même sujet: que penser des transformations qui marquent les corps professionnels et, particulièrement, le corps médical en cette fin de siècle? C'est en voulant apporter une réponse à cette question que ces auteurs ont tenu compte de la diversité existant au sein des corps professionnels.

Nous verrons que le concept de segmentation des organisations en différents groupes d'intérêts aura permis à David Coburn d'expliquer, en partie, un prétendu déclin du pouvoir

² Cette idée sera davantage développée au point 2.2.

médical, dont nous ne traitons toutefois pas dans ce mémoire. Quant à Freidson, il utilise ce concept pour montrer comment la hiérarchisation des segments peut pallier les pressions externes, qui peuvent mener à une diminution du pouvoir médical. Finalement, l'examen de Lorna Marsden est pertinent pour sa démonstration de l'existence d'une relation de pouvoir entre différents segments du corps médical ontarien.

Au début des années 1960, l'implication du gouvernement canadien dans le domaine de la santé a amené une restructuration du système de soins et de services. Selon David Coburn (1993a,b), qui examine la situation ontarienne, l'augmentation de la complexité de la médecine et des soins médicaux aurait eu pour effet à long terme de segmenter la médecine en plusieurs organisations, groupes et spécialités où chacun aurait ses propres intérêts.

En effet, les Collèges se sont séparés des associations et sont devenus de plus en plus contraints par différentes législations. Par exemple, la création en Ontario de la *Health Professions Legislation Review*³ en 1988, amena, selon cet auteur, deux innovations majeures: la distinction entre le champ de pratique et les actes licenciés d'une part, et l'augmentation de la participation du public au Collège des médecins, d'autre part.

En 1991, des lois ontariennes, adoptées à la suite de cette révision de la législation sur les professions de la santé, ont mandaté un nouveau système comportant vingt-quatre collèges qui s'autorégulent couvrant autant d'occupations de la santé. Autrement dit, cette province, tout comme le Québec d'ailleurs, a accordé une série de pouvoirs d'autorégulation égaux à ceux de la médecine, à vingt-quatre occupations de la santé. En outre, préoccupé par une division du travail plus rationnelle dans le domaine de la santé, le Comité de

³ Le Health Professions Legislation Review avait pour mandat de faire des recommandations au ministre de la Santé de l'Ontario sous forme de projet de législation portant sur les sujets suivants: *which health professions should be regulated; updating and reforming the Health Disciplines Act; devising a new structure for all legislation governing the health professions; and settling outstanding issues involving several professions.* (Health Professions Legislation Review, 1988, p. 2)

révision a rétréci le domaine où une occupation avait une juridiction exclusive. Désormais les professions de la santé ne possèdent plus le monopole d'un domaine mais détiennent plutôt l'autorité de faire des actes licenciés. Ainsi, d'une part, certains actes non spécifiquement inscrits peuvent être exécutés par plusieurs professionnels de la santé alors que, d'autre part, certains groupes ou occupations spécifiquement licenciés détiennent le mandat exclusif d'effectuer une série de treize actes⁴.

La profession médicale est également segmentée par la séparation entre les chercheurs, les professeurs, les administrateurs et les médecins praticiens. C'est ainsi que les organisations professionnelles ont proliféré et, parmi celles-ci, il y a eu une segmentation entre les organisations qui disent représenter les intérêts de l'occupation (associations professionnelles) et celles qui représentent les intérêts du public (Collèges ou corporations professionnelles). Cette division apparente montre bien que la médecine qui, aux yeux de certains, paraissait un bloc monolithique, regroupe en fait plusieurs professionnels de la santé qui oeuvrent dans différents secteurs et qui comportent différents buts et intérêts.

Cette segmentation des corps professionnels serait causée, selon David Coburn, par une médecine et des soins médicaux de plus en plus complexes. Ainsi, vue sous l'angle d'un groupe ou d'une classe de gens, la médecine est maintenant plus hétérogène à cause des différents groupes d'intérêts et organisations qui font partie de cette profession et qui la dirigent. En outre, cette hétérogénéité, causée, entre autres, par la segmentation serait, selon Coburn, une des causes d'un prétendu déclin du pouvoir médical, tout comme elle provoquerait aussi la transparence des coûts des services, la régionalisation des soins, la rationalisation, une diminution de l'influence sur la bureaucratie, des changements dans les réglementations professionnelles, etc.

Nous retenons de cet auteur qu'il existerait, entre autres, une division profonde entre les représentants des membres de la profession et ceux qui doivent assurer la protection du

⁴ Le lecteur intéressé peut se reporter à *Recommendations of the Health Professions Legislation Review*, 1988, p. 230.

public et que ces représentants ont des intérêts et des buts très différents. Il est intéressant de noter que cette même division est également observable au Québec entre la Fédération des infirmières et infirmiers du Québec (FIIQ) et l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). En effet, la FIIQ et la FMOQ (deux syndicats professionnels) se querellent au sujet de la place des infirmières et infirmiers dans le système de soins. D'un autre côté, l'OIIQ et le Collège des médecins du Québec (deux corporations professionnelles qui doivent assurer la protection du public) travaillent de concert sur la transformation du réseau⁵.

Freidson (1983), quant à lui, attire notre attention sur un élément déterminant qui permettrait de comprendre les changements quant à la position occupée par les professions dans les sociétés contemporaines. Il s'agit de nouveaux modes de régulation permettant un meilleur contrôle des coûts et de la performance des praticiens.

Le mode habituel de régulation implique une protection contre les pressions économiques et politiques et assure ainsi une sécurité suffisante pour que la profession puisse travailler de manière compétente et éthique. Cette protection résulte de dispositifs légaux -- licence exclusive, certification des professionnels, accréditation des institutions qui forment et emploient des praticiens accrédités -- et a pour hypothèse de base que les professions seraient aptes et disposées à réguler la performance de leurs membres.

Cette autorégulation est maintenant remplacée par trois formes de régulation différentes: 1) la régulation par le marché, aussi appelée «dérégulation», qui favorise la compétition entre les membres d'une profession et, possiblement, offre des services à coût

⁵ Nous sommes consciente que les différences de position entre la FIIQ et la FMOQ (protection des intérêts de la profession) n'est pas seulement attribuable au fait qu'elles auraient des visions différentes de celles de l'OIIQ et du Collège des médecins (protection du public). En fait, le Collège et l'OIIQ représentent les intérêts de la fraction universitaire alors que la FMOQ et la FIIQ représentent les intérêts des praticiens et que les uns s'inspirent d'un principe de «collégialité» pour justifier la division du travail alors que les autres exécutent cette division du travail d'un point de vue bureaucratique. Toutefois, nous n'élaborerons pas ici cette facette de la division du travail.

moindre et de meilleure qualité; 2) la régulation bureaucratique, qui est caractérisée par la prolifération des *record-keeping requirements* (p.280) et le développement de méthodes de révision de ces registres; 3) la régulation par le Collège, qui, de par les comités de «licensing» (qui attribuent des permis de pratique) et de discipline, a pour effet d'augmenter l'évaluation et la régulation de la pratique professionnelle. Cette forme de régulation prédominerait sur les autres.

Selon Freidson, les changements dans les formes de régulation stimuleraient la formalisation d'une différence de statut entre les membres et favoriseraient ainsi les conditions propices à l'exercice d'un contrôle bureaucratique. Autrement dit, ces changements précipiteraient la formalisation de la stratification au sein d'une profession. Les conséquences seraient vraisemblablement une réorganisation des professions, ce qui entraînerait une diminution de l'autonomie dans le travail quotidien du praticien, lequel serait davantage tenu à rendre compte par écrit de ses activités et serait soumis à la supervision et à l'évaluation d'un supérieur.

Ces nouveaux modes de régulation n'auraient pas interféré sérieusement avec le droit d'une profession de contrôler la production, ni n'auraient gêné l'application des compétences et des connaissances, mais ils auraient précipité une nouvelle forme de stratification professionnelle. En outre, alors que les nouvelles formes de régulation peuvent offrir une solution partielle au problème du contrôle de la performance individuelle, la réorganisation de la profession qu'elles entraîneraient comporte aussi ses propres difficultés, soit une plus grande standardisation des services professionnels et une plus grande division entre les membres d'une même profession.

Finalement, toujours selon Freidson, ce processus de stratification dans la profession médicale provoque une émergence de différentes élites et un plus grand *rank and file*. Il stimule la formalisation du statut différentiel entre les membres ainsi que l'application du principe bureaucratique de l'autorité hiérarchique (différente de l'autorité fondée sur l'expertise, la réputation, l'expérience, etc.) au sein de la profession.

L'analyse de Freidson tente de montrer que les nouvelles méthodes de régulation visent à produire une restructuration des corps professionnels. Contrairement à Coburn, il considère que la profession médicale dans son ensemble n'est pas en perte de vitesse. C'est en répercutant les effets négatifs des changements vers les strates inférieures que le corps médical éviterait un déclassement social dans son ensemble. Autrement dit, c'est parce que certains segments subordonnés à d'autres (d'où le concept de strates) seraient soumis à la régulation bureaucratique que les segments au haut de la hiérarchie (les élites) seraient en mesure d'y échapper et donc de perpétuer l'image d'un corps professionnel qui s'autodéfinit et s'autorégule.

Cette conception des corps professionnels composés de plusieurs strates nous permet de mettre en lumière la présence possible d'une hiérarchie des segments au sein de la profession médicale au Québec. En effet, nous croyons qu'il est possible de faire une analogie entre les strates de Freidson et les segments de Bucher et Strauss. Examinons maintenant l'utilisation que fait Lorna Marsden du concept de segmentation.

La présence croissante du gouvernement dans le système de soins a eu pour effet de changer l'équilibre du pouvoir au sein des occupations en santé. Tel que nous l'avons vu, ce que le médecin fait au patient et les coûts qui s'y rattachent sont maintenant sujets à une régulation par le marché, à une régulation par les pairs et à une régulation gouvernementale. Ces nouvelles formes de régulation auraient tendance, selon Marsden, à augmenter le gouffre qui se crée entre les médecins praticiens et les médecins chercheurs ou professeurs. Autrement dit, entre les différents segments du corps médical.

Dans son étude de cas en Ontario, Marsden (1977) désire savoir quel groupe a le pouvoir d'imposer ses buts dans la distribution des services de santé. Elle décrit les relations de pouvoir entre des groupes d'occupations et plus particulièrement les relations changeantes entre les praticiens et les formateurs au sein de la profession médicale en Ontario. En d'autres termes, elle traite des relations entre les différents segments d'un même corps professionnel en termes de pouvoir. Ses explications sont basées sur un modèle élaboré par

Johnson relatif aux relations de pouvoir que les groupes occupationnels développent en société.

Il y aurait un écart grandissant du point de vue des attitudes, des carrières et des buts entre les médecins qui enseignent et/ou qui font leurs recherches dans leur lieu d'enseignement et les médecins praticiens. Les raisons de ces changements sont: 1) une augmentation du nombre de professeurs et de chercheurs à temps plein (alors qu'avant, les professeurs étaient aussi des praticiens); 2) la recherche et l'enseignement qui sont devenues des carrières séparées et identifiables au sein de la profession médicale; 3) les conditions structurelles du travail (autrement dit, les lieux de travail) et l'influence de l'origine sociale des membres des deux groupes.

Outre ces différences entre professeurs-chercheurs et praticiens, Marsden identifie d'autres sources de segmentation au sein de la profession médicale ontarienne. Elles sont: 1) la pratique en solo; 2) l'augmentation du nombre de médecins immigrés; 3) l'hétérogénéité des classes sociales des praticiens; 4) l'isolement géographique; 5) la tendance vers une variété de spécialités dans les cliniques; 6) la structure de l'*Ontario Medical Association* qui est divisée en 61 districts; 7) un plus grand accès aux «privilèges hospitaliers» pour les professeurs; 8) la limitation des services par l'État à travers les paiements.

Les professeurs et les chercheurs sont devenus des groupes identifiables dans la profession médicale et leurs relations avec les praticiens deviennent souvent une affaire d'intérêts. Selon Marsden, les médecins qui enseignent peuvent exercer une plus grande influence sur les prises de décisions en Ontario pour plusieurs raisons: 1) ils sont très respectés dans la profession ainsi que par les profanes; 2) ils sont plus visibles et plus accessibles lorsque le gouvernement veut s'associer la profession lors du développement et de l'implantation de politiques; 3) ils sont mieux représentés au *Ontario Council of Health*. Il y aurait donc, au sein de la profession médicale, une hiérarchie entre les médecins chercheurs/professeurs et les médecins praticiens.

Cette hiérarchie serait fondée sur trois bases de pouvoir. Premièrement, chaque personne en bas de la hiérarchie médicale dépend d'une personne plus spécialisée pour de l'information, ce qui mène à une distance sociale de même qu'à une incertitude dans les relations entre les personnes en bas et celles en haut de l'échelle. Cette hiérarchie des connaissances illustre la création d'une distance sociale en faisant de la maîtrise des connaissances ésotériques une source de pouvoir.

La science, par opposition à l'art de la médecine, est hautement valorisée tant par les praticiens que par les profanes. En outre, l'accès aux fonds de recherches scientifiques exige que le chercheur ait accès aux installations institutionnelles. Les fonds de recherche sont donc octroyés aux médecins qui ont des affiliations avec une école médicale ou des installations comparables. Autrement dit, c'est la relation des pratiques médicales contemporaines avec l'idéologie et l'institution sociale de la science dont bénéficient les médecins enseignants/ chercheurs. Ils profitent aussi du prestige que procure cet accès aux recherches scientifiques qui est la deuxième base de pouvoir:

This virtually exclusive access to study in science, as well as the formal credentials of educators as a group, is one base of power which the educator-researcher group are able to draw upon in order to support their definition of the producer-client relationship (Marsden, 1977, p. 14)

La troisième base de pouvoir est le site occupationnel du médecin. Les hôpitaux universitaires, avec leurs installations hospitalières, sont des organismes puissants comprenant un lieu de travail de haut statut et des ressources nécessaires pour l'avancement et la publication des travaux.

Ces médecins éducateurs iraient donc vers une position plus puissante sans aucune intention consciente de saisir ce pouvoir. Toutefois, afin de connaître l'étendue de l'influence qu'ils exercent, un examen empirique des décisions concrètes s'impose ainsi qu'une analyse de qui y gagne et pourquoi. Hélas, cette étude dépasse largement le cadre de ce mémoire.

En résumé, Coburn utilise le concept de segmentation pour expliquer un prétendu déclin du pouvoir médical alors que Freidson considère que la hiérarchisation des segments serait garante du maintien de ce pouvoir. Finalement, l'utilisation que Lorna Marsden fait du concept de segmentation sert à montrer qu'il existe des relations de pouvoir entre les différentes composantes d'un corps professionnel, ainsi qu'à mettre en lumière le fait que les segments qui détiennent moins de pouvoir sont soumis aux vœux et pouvoirs de ceux qui, par contraste, en bénéficient. Mais en quoi cela peut-il être pertinent pour ce mémoire?

2.1.3 L'usage du concept de segmentation dans ce mémoire

Mission, sens de la confraternité, mode de contrôle, mode d'organisation et type de tactiques utilisées pour consolider sa position, sont autant d'éléments qui permettent de découvrir l'existence de segments au sein d'une profession. Cela dit, étant donné que le rôle de l'omnipratique fait actuellement l'objet d'un débat social, nous croyons pertinent de vérifier s'il existe – soit pour les omnipraticiens, soit pour le corps médical professionnel -- différents segments autour du rôle de l'omnipratique dans le système de soins québécois.

L'intérêt d'examiner la présence de segments autour de cet enjeu est clair: la présence des segments nous permet d'être à l'affût de la diversité des rôles que peut jouer l'omnipratique à la suite des changements planifiés tels qu'identifiés au premier chapitre. Autrement dit, l'identification de ces segments permettrait de constater les différentes figures que peut prendre ce corps professionnel dans la division du travail sociosanitaire.

En effet, depuis les changements planifiés dans le système de soins, l'omnipratique peut occuper divers rôles. Nous pensons, par exemple, à son rôle de porte d'entrée dans le système de soins, à son rôle par rapport aux spécialistes (les omnipraticiens seront-ils les responsables de l'accès aux spécialistes?) et à son rôle dans une équipe multidisciplinaire (seront-ils responsables de ces équipes?).

Établir l'existence de segments autour du rôle de l'omnipratique dans le système de soins permettra aussi de constater si plusieurs voies s'ouvrent aux omnipraticiens. En effet, tel que nous l'avons mentionné plus haut, un corps professionnel peut être caractérisé de plusieurs manières. Par exemple, l'omnipraticien finissant ses études, tout comme celui à la retraite, choisira-t-il alors d'être le porte-parole de sa communauté, défendra-t-il la pratique libérale ou sera-t-il le défenseur du DRMG⁶? Fera-t-il partie des têtes dirigeantes, des élites, ou d'un *rank and file*? Voilà diverses occasions qui peuvent s'ouvrir aux médecins omnipraticiens et qui peuvent nous servir de point d'analyse dans le but d'apprécier dans quelle voie s'engage la pratique médicale omnipraticienne au Québec.

En conclusion, le texte de Bucher et Strauss nous a permis de découvrir la possibilité de l'existence de différents segments à l'intérieur d'une profession en indiquant les sources et les lignes de fractionnement à l'intérieur d'un corps professionnel ou d'une occupation. Le texte de Coburn a servi à démontrer qu'il y a segmentation entre les représentants de la profession et ceux assurant la protection du public alors que le texte de Freidson va plus loin dans l'idée de segmentation en indiquant que les strates, ou segments, forment une hiérarchie qui caractérise le corps médical professionnel. Nous retenons également que Marsden utilise ce concept pour montrer l'existence de relations de pouvoir entre les différents segments d'un corps professionnel. Nous allons donc, dans ce mémoire, partir des propos tenus par diverses organisations pour découvrir si des segments existent au sein du corps médical québécois. Les ressemblances et les différences entre ces propos sur le rôle de l'omnipraticien, nous serviront d'indicateurs quant à l'existence de ces segments.

2.2 UN CORPS PROFESSIONNEL DANS LA DIVISION DU TRAVAIL

La deuxième partie de ce chapitre consiste à voir comment les membres d'un segment arrivent à se tailler et à conserver une place dans la division du travail. Pour ce

⁶ Voir les explications du DRMG au premier chapitre.

faire, nous nous attarderons, au premier point, sur les stratégies utilisées par les membres d'une profession ou les membres d'un segment pour se constituer et se préserver une aire de travail. Puis, en deuxième lieu, nous établirons un lien entre le concept de division du travail et le présent mémoire.

2.2.1 Se trouver et conserver une place dans la division du travail

À notre époque, il est difficile de pouvoir se trouver une place qui ne soit déjà occupée dans le monde du travail ultra-spécialisé. Malgré cela, des segments émergent, se développent, se transforment et disparaissent. Certes, tous ces changements s'opèrent non sans débats ni luttes; ils constituent même le plus souvent des conflits de juridiction, selon le sociologue Andrew Abbott (1988).

La juridiction est plus ou moins le lien qui existe entre une occupation et son travail. Les conflits de juridiction consistent en des revendications du type de travail qu'un groupe considère comme le sien. Afin de mieux comprendre en quoi consistent les conflits de juridiction au sein du corps professionnel médical, voyons, tout d'abord, quelques éléments qui prouvent la domination de cette profession sur les autres occupations de la santé.

Historiquement, la division du travail sociosanitaire dans la plupart des sociétés occidentales comprend une variété d'occupations hiérarchisées et contrôlées par la profession médicale (Freidson, 1984). Le contrôle que détient cette profession aurait été obtenu à la suite des négociations ayant trait au champ d'exercice des membres de cette profession.

Des frontières relativement étanches ont été établies entre les champs de responsabilités des diverses catégories de producteurs de soins et on observe que les occupations sanitaires sont engagées dans un processus quasi-permanent de renégociation des limites du champ d'exercice de l'autonomie de leurs membres[...] C'est ce processus qui détermine ultimement comment et par qui les services de santé seront fournis. (Dussault, 1983, p. 9)

Toujours selon Dussault, le fait que la médecine ait établi son contrôle sur les autres corps professionnels bien avant *le mouvement de spécialisation qui a donné naissance à la structure occupationnelle complexe qu'on connaît aujourd'hui* (op. cit, p. 9) aurait contribué à la maintenir dans une position de domination. Deux caractéristiques marqueraient donc la division du travail en santé, il s'agit du partage élaboré des tâches ainsi que du contrôle exercé par la médecine sur les autres occupations de la santé.

Toutefois, afin de conserver cette supériorité, la médecine a dû élaborer des stratégies d'exclusion en montrant qu'elle pouvait protéger le public contre les charlatans. Selon Dussault, ces stratégies viseraient trois buts: 1) l'élimination des compétiteurs qui offrent les mêmes services grâce à l'obtention d'un monopole de pratique reconnu légalement; 2) la subordination des autres occupations de la santé par des mécanismes tels que l'obligation de l'ordonnance pour l'obtention de services dits paramédicaux, l'accréditation de la formation scolaire, l'enregistrement et finalement la féminisation des occupations subalternes; 3) l'usurpation. Ces stratégies seraient la cause de la stratification du travail sociosanitaire, précédemment décrite, puisqu'elles produiraient:

[...] une structure occupationnelle hiérarchisée dans laquelle les pouvoirs de chaque groupe ne sont pas toujours clairement circonscrits. Il en résulte une négociation quasi-permanente des frontières occupationnelles[...] Depuis un demi-siècle, cette négociation est devenue plus intense à la faveur de la complexification et la spécialisation de la médecine et de l'apparition de nombreuses occupations auxiliaires qui cherchent à se créer une niche dans le champ médical. (op. cit., p. 14)

Grâce à ces travaux, nous savons qu'une occupation peut se doter d'un pouvoir de domination à travers de nombreuses négociations ou à la suite de diverses stratégies d'exclusion. Abbott (1988) propose, quant à lui, un modèle élaboré visant à appréhender tous les facteurs qui influencent le positionnement des groupes impliqués dans un conflit de juridiction. Nous considérons que ce modèle s'applique autant aux occupations qu'aux segments d'une occupation. Nous l'étendons donc au-delà de sa conception originelle.

Selon Andrew Abbott, qui s'intéresse à l'évolution des professions et à leurs interrelations, la façon dont les groupes occupationnels contrôlent les connaissances et les

habiletés serait un facteur déterminant. Voyons maintenant pourquoi des formes de contrôle sur les connaissances et leur application émergent et pourquoi elles permettent à certains de se doter d'une juridiction parfois complète, parfois très partielle.

Il y aurait deux façons de contrôler les connaissances et leurs applications. La première met l'accent sur la technique comme telle, c'est-à-dire sur les ensembles de méthodes de travail utilisées pour arriver à transformer un objet; ici le contrôle exercé sur les techniques utilisées assure un contrôle des connaissances. La deuxième a trait au degré d'abstraction des connaissances. Ainsi, les membres d'une occupation qui maîtrisent la production de connaissances abstraites peuvent se tailler une meilleure place dans la division du travail que ceux qui contrôlent seulement la technique.

La caractéristique d'abstraction des connaissances serait celle qui distingue le monde du travail hautement qualifié (*expert labor*) de l'ensemble du travail accompli par diverses occupations:

[...] only a knowledge system governed by abstractions (sic) can redefine its problems and tasks, defend them from interlopers, and seize new problems... Abstraction enables survival in the competitive system of professions. (Abbott, 1988, p. 9)

En outre, le degré d'abstraction des connaissances qui servent d'assises à l'action influencerait la capacité d'une profession à se donner une juridiction sur une aire de travail.

[...] le degré d'abstraction des connaissances détenues par une profession semble la protéger contre des changements dans les contenus de tâches, qu'il s'agisse de changements introduits par la présence de nouvelles technologies ou d'autres types de changements. Une profession qui en est arrivée à un degré assez élevé de formalisation des connaissances au fondement de son travail serait en meilleure position pour s'ajuster à ces changements en proposant de nouvelles façons de faire, de nouveaux territoires etc. Cependant, si ces connaissances apparaissent trop abstraites, le lien qu'elles entretiennent avec le travail peut disparaître aux yeux des auditoires à convaincre. (Couture, 1994, p. 32)

Il y aurait donc deux types de savoirs qui seraient interreliés. En effet, les savoirs appliqués sont fondés sur des connaissances à caractère abstrait. Par exemple, le savoir

appliqué, c'est-à-dire le savoir transmissible à travers une formation adéquate, a trait à la technicité ou à l'aspect technique du travail; il est habituellement fondé sur des connaissances à caractère abstrait, alors que le savoir abstrait est difficilement codifiable, par conséquent difficilement transmissible. Cette deuxième forme de savoir, c'est-à-dire la base cognitive scientifique ou ésotérique des connaissances, dont le contrôle est revendiqué par la médecine, serait, par exemple, un autre facteur identifié par plusieurs sociologues (Abbott, 1988; Dussault, 1983; Freidson, 1984) qui contribue à la domination de celle-ci.

Il y aurait trois types d'auditoires importants à convaincre lorsqu'un conflit de juridiction émerge : l'opinion publique, les appareils juridiques et législatifs ainsi que les sites de travail. En Amérique du Nord, c'est en grande partie à travers l'opinion publique que les membres d'une profession obtiennent le pouvoir d'assurer seuls une protection légale du public. En effet, lorsque ces membres revendiquent la légitimité de contrôler un travail en particulier ou l'exclusion de professions concurrentes, ils le font toujours auprès du public, qui doit être persuadé que cette profession est la seule à pouvoir assurer le bien-être du client et à pouvoir protéger ses intérêts. La confiance et la qualité des services des experts attirent le soutien institutionnel.

Obtenir la légalisation de certaines pratiques constitue également un atout puisque les juridictions légales sont très durables. Ces juridictions sont toutefois longues à obtenir, si bien que, lorsqu'une profession obtient la consécration légale de sa juridiction, l'opinion publique est gagnée depuis un bon moment déjà. Finalement, le troisième parti à convaincre lors d'un conflit de juridiction est le site de travail. Il s'agit en fait de convaincre les pairs et les concurrents de sa grande expertise afin de se bâtir un réseau de références.

Toutefois, même si les membres d'une profession ou d'un segment arrivent à convaincre ces auditoires du bien-fondé de leur demande de juridiction, rares sont les professions qui obtiennent une juridiction pleine et définitive sur une aire de travail; l'obtention de celle-ci n'est qu'un type de résolution de conflits. Abbott en répertorie cinq autres. On peut utiliser la subordination d'une profession envers une autre (infirmière vis-à-

vis médecin, par exemple) ; l'utilisation de la subordination intellectuelle, dans le cas où les membres d'un segment dominant (administrateur, professeur etc.) gardent un contrôle sur la base cognitive du travail, alors que les applications sont partagées entre plusieurs groupes; les membres d'un segment peuvent former une division du travail qui diviserait la juridiction en deux parties indépendantes ; on peut aussi permettre aux membres d'un segment d'agir en tant que conseiller par rapport aux autres ; ou encore diviser les juridictions selon la nature des clients (enfants, personnes âgées, etc) au lieu du contenu de travail.

En résumé, Abbott a su développer une théorie du travail hautement qualifié en considérant les liens qui unissent une profession à sa pratique. Ces liens dépendent essentiellement de la juridiction puisque celle-ci permettrait de définir le champ de pratique ainsi que l'identité de chaque profession:

Each profession is bound to a set of tasks by ties of jurisdiction, the strengths and weaknesses of these ties being established in the processes of actual professional work. Since none of these links is absolute or permanent, the professions make up an interacting system, an ecology. (Abbott, 1988, p. 33)

Les occupations doivent travailler si elles souhaitent obtenir de nouvelles aires de travail ou conserver une juridiction. Le succès de ce travail de négociation dépend du degré d'abstraction des connaissances utilisées par une profession ou par un segment donné. Cette abstraction, à travers le contrôle des connaissances et des habiletés, serait aussi un facteur qui influence le positionnement d'un groupe impliqué dans un conflit de juridiction. Ce sont les luttes pour l'obtention de pouvoirs supplémentaires ou pour l'extension de la pratique d'un groupe professionnel, qui mettent en relief les conflits animant le *système des professions* de même que l'interdépendance de ces professions.

Ainsi les membres d'un segment pourraient se constituer et conserver une aire de travail en étudiant les divers éléments qui permettent la domination d'une occupation sur les autres et en identifiant les facteurs qui jouent un rôle dans la position qu'occupe un segment lors d'un conflit juridictionnel. Voyons maintenant en quoi consiste l'idée qu'un segment est

un morceau dans une division du travail et en quoi cette idée est utile pour les sociologues dans leur analyse des professions.

Il s'agit en fait de montrer que nous ne pouvons comprendre un segment qu'en fonction de la place qu'il occupe dans la division du travail; c'est-à-dire en fonction de sa place propre, en fonction de la place occupée par les autres segments et en fonction des autres professions⁷.

Nous savons déjà qu'après diverses négociations et stratégies d'exclusion, la répartition du travail sociosanitaire a pris la forme d'une hiérarchie d'occupations contrôlées par la médecine:

[...] la division des tâches en santé n'est pas simplement le résultat naturel de l'évolution des connaissances et des techniques médicales. Elle est aussi et surtout le produit à la fois des interactions entre les divers groupes de producteurs de soins et services sanitaires et des interactions de ces groupes et d'autres acteurs sociaux comme l'État, les fabricants d'équipement (sic) et de produits thérapeutiques, les universités, les compagnies d'assurances (sic) ou encore les groupes de consommateurs [...] nous suggérons de voir la structure occupationnelle de la santé comme un "ordre négocié" plutôt que comme un «ordre déterminé». (Dussault et Potvin, 1983, p. 15)

En outre, nous sommes également en mesure de dire qu'il y a des segments qui dominant et d'autres qui sont dominés et qu'il y a des professions qui dominant et d'autres qui sont dominées. Mais où cela mène-t-il? Il faut comprendre que chaque segment et chaque profession est en interrelation, c'est-à-dire que chaque déplacement de juridiction influe sur la juridiction des autres segments ou professions car ils font partie d'un système.

En ne se préoccupant pas des structures particulières du contrôle occupationnel (formation, licence, associations) mais plutôt des conflits interprofessionnels, Abbott peut expliquer comment les professions créent leur travail et sont créées par lui à travers les

⁷ Dans son modèle systémique, Andrew Abbott fait état de trois niveaux de forces qui peuvent avoir un impact sur une profession. Il s'agit des relations structurelles, de la différenciation au sein des professions ainsi que des forces sociales plus larges. Toutefois, pour les fins de ce mémoire, nous n'avons retenu que les deux premiers niveaux.

juridictions. Son modèle explique également pourquoi certains segments ou professions deviennent dépendantes ou subordonnées, alors que d'autres disparaissent complètement. Finalement, la théorie proposée par Abbott offre une nouvelle façon de concevoir le travail hautement qualifié et constitue un effort véritable d'analyse systémique des groupes professionnels, en termes de division du travail dans une aire d'activités données. Le moment est maintenant venu de faire un lien entre ce modèle et notre mémoire.

2.2.2 Lien entre la division du travail et ce mémoire

La question de départ, pour ce deuxième point du chapitre était de savoir comment les membres d'un segment arrivent à se faire une place dans la division du travail. Nous savons maintenant que les stratégies d'exclusion et les négociations quasi-permanentes se rapportant aux juridictions, ou aux aires de travail, sont les moyens utilisés pour se constituer et conserver une place. L'étude de la dynamique, qui anime le *système des professions*, nous a également appris que nous ne pouvions comprendre un segment qu'en fonction de la place qu'il occupe dans la division du travail.

Cela dit, notre objet d'étude étant le rôle et la place de l'omnipratique dans la division du travail sociosanitaire, nous pouvons en déduire que son avenir tient aux luttes qui existent actuellement (voir chapitre I) et à leur issue. Nous avons vu, au point précédent, que l'omnipratique peut jouer plusieurs rôles dans un système de soins. Ceux-ci seront donc déterminés en grande partie par l'issue de ces luttes. Le modèle d'Abbott nous fournit des pistes d'analyse quant à l'avenir de l'omnipratique dans la division du travail sociosanitaire, omnipratique que nous considérons comme une occupation en interrelation avec d'autres occupations et d'autres professions. Bien que nous soyons consciente de ce fait, nous limitons toutefois notre étude à l'omnipratique, nous ne couvrons donc pas toute la division du travail sociosanitaire.

Il importe toutefois de noter que même si nous considérons l'omnipratique comme une occupation, nous sommes consciente que cette dernière peut aussi se diviser en différents segments (voir les sept aspects de la segmentation présentés au point 2.1.1).

L'objet de notre étude consistera donc à examiner, d'une part, l'existence de segments à partir des propos tenus sur le rôle de l'omnipratique dans le système de soins et, d'autre part, comment les membres des différents segments utilisent les stratégies pour revendiquer des juridictions sur des aires de travail ou pour élargir leur aires de travail. Nous demeurerons toutefois attentive au fait que ces revendications se comprennent en fonction de celles qui sont portées par des groupes autres que celui des omnipraticiens, c'est-à-dire en fonction d'une «écologie», pour reprendre les termes d'Abbott.

2.3 QUELQUES DISTINCTIONS

Les professions étant en interaction dans un système, ou «écologie», les travailleurs membres d'une profession font donc partie d'un écosystème composé de plusieurs niveaux. Pour mieux situer notre propre recherche, nous croyons utile de distinguer le niveau «micro-social» et le niveau «macro-social». Nous fournissons donc une définition de chacun de ces deux niveaux en montrant qu'ils sont interreliés. De plus, nous distinguons aussi les termes «pratiques de travail» et «pratiques discursives» au sein des corps professionnels. Cette double distinction permet de situer notre mémoire, soit au niveau d'une analyse des pratiques discursives des représentants officiels du corps médical québécois.

2.3.1 Distinction entre «niveau micro-social» et «niveau macro-social»

La distinction n'étant pas toujours claire entre le niveau micro et le niveau macro, nous croyons important de fournir une brève définition de ce que nous entendons par ces différents niveaux d'analyse. Le contexte micro-social renvoie aux propriétés des interactions sociales, c'est-à-dire aux relations entre patients et médecins ou aux relations

entre médecins et autres professionnels de la santé (Annandale, 1989, p. 612). Dans ce mémoire, nous ne serons toutefois pas en mesure de tenir compte du travail quotidien du médecin omnipraticien qui interagit avec autrui.

Le niveau macro-social, quant à lui, désigne les structures plus larges d'une société, telles que les structures économiques, politiques ou sociales (Annandale, 1989, p. 612). Dans ce mémoire, nous désignons le niveau macro-social comme le niveau des organismes professionnels, c'est-à-dire la façon dont les professionnels se regroupent et se donnent des moyens de représentation sous forme de corporations, syndicats ou associations. C'est à ce niveau d'analyse que se situe ce mémoire.

Alors que certains auteurs affirment que la profession médicale tend vers une fragmentation, d'autres voient plutôt une stratification ou une segmentation croissante de cette profession. En effet, certains auteurs croient qu'il y a perte d'autonomie au niveau macro⁸, alors que d'autres n'y voient qu'une restructuration. En d'autres termes, certains croient qu'il y a perte d'autonomie au niveau macro, ce qui entraînerait automatiquement une perte d'autonomie au niveau micro, alors que d'autres ne croient à une diminution de l'autonomie qu'au niveau micro (voir Freidson (1983) à ce sujet). Heureusement, l'organisation professionnelle (corporation et syndicats) réussit bien à protéger la communauté médicale au niveau macro contre les détériorations de son statut.

Aux fins de ce mémoire, nous étudions seulement les organismes qui présentent le discours officiel de la profession médicale. Nous ne présumons toutefois pas que ce discours est l'émanation composite des énoncés des médecins pris individuellement ni que ce discours est le principal déterminant des pratiques au niveau micro.

⁸ L'autonomie professionnelle ne faisant pas partie de ce mémoire, nous dirigeons le lecteur vers M. Bertilsson (1990), C. Charles (1976), D. Coburn (1993), E. Freidson (1984), J.B. McKinlay (1973), M. Larson (1980), C. Tuohy (1976).

2.3.2 Distinction entre «pratiques de travail» et «pratiques discursives»

En sociologie des professions, les pratiques discursives et idéologiques ont longtemps été l'objet d'analyse. Avec la parution du livre *Profession of Medicine* (1972) de Eliot Freidson, un fort plaidoyer en faveur de l'analyse des pratiques de travail a été présenté. En effet, un des messages centraux de ce livre est que, pour comprendre la profession médicale, on doit s'attarder aux pratiques concrètes de travail et aux environnements de travail. Puisque les médecins sont des travailleurs, leurs environnements de travail ont donc, d'après Freidson, une influence prédominante sur leurs comportements professionnels. Si les milieux de travail sont différents, les comportements seront différents, ce qui permet d'échapper aux pièges d'une analyse qui gommerait la diversité que nous retrouvons parmi les membres d'une même occupation.

La médecine, contrairement à ce qu'elle prétend, ne serait donc pas universelle, mais dépendrait bien du lieu et des circonstances de son application. Avant l'analyse proposée par Freidson, peu de sociologues avaient examiné comment le pouvoir et l'autonomie sont aussi des effets du travail et de son organisation et non seulement des effets de l'idéologie défendue par le corps médical.

Nous pourrions croire que les médecins sont identiques dans la mesure où tous et chacun ont reçu la même formation et ont été recrutés dans les mêmes conditions, et que seuls les habiletés personnelles, le caractère ou la personnalité devraient être source de différenciation. Au contraire, selon Freidson, la structure concrète des milieux de travail doit être analysée pour comprendre et prévoir les variations systématiques dans les comportements professionnels. En d'autres mots, le lieu de travail (et non seulement la formation) doit être analysé pour saisir la performance professionnelle, car les médecins, tout comme les autres travailleurs, réagissent aux pressions de la situation et du lieu présent et non seulement en fonction d'une socialisation professionnelle.

Cela dit, les transformations du système de soins au Québec (compressions massives dans les budgets, coupures de postes, listes d'attente, coupures dans la prestation des soins, etc.) impliquent que ni la situation présente ni le lieu de travail ne sont stables. Par conséquent, à l'instar de l'analyse de Freidson, il devrait y avoir des différences significatives entre les prestations des médecins. Nous savons donc que l'analyse des pratiques de travail, c'est-à-dire des pratiques concrètes de travail et des environnements de travail, est un élément central pour comprendre la profession médicale. Voyons maintenant ce que l'analyse des pratiques discursives peut nous apporter.

S'inspirant de la notion de stratégie discursive présentée par Pierre Ansart, Jean Harvey explique que *Tout discours est un acte de persuasion* (1986, p. 220) et vise à remporter l'adhésion du récepteur à ses recommandations:

Le discours idéologique est avant tout orienté en vue de l'action. Il est partie prenante aux affrontements sociaux, aux luttes pour l'éradication et la constitution des pouvoirs des acteurs qui les produisent et les utilisent pour l'action. Il viserait alors à manipuler des signifiants symboliques de façon à remporter l'adhésion à ses préceptes. (op. cit., p. 221)

Nous pouvons définir les stratégies discursives comme les types d'arguments, c'est-à-dire le contenu, ainsi que les techniques d'argumentation, autrement dit les moyens d'expression et de persuasion, utilisés par les locuteurs dans le but de faire adhérer les auditeurs à leur vision.

Afin de remporter cette adhésion, le locuteur utiliserait, d'après Harvey, des arguments qui s'appuient sur trois types «d'efficaces symboliques» 1) l'efficace polémique identifie et disqualifie ses concurrents ; 2) l'efficace légitimateur qui démontre que sa vision est pertinente puisqu'elle concorde avec *les signifiants légitimes de la société au sein de laquelle il opère* (op. cit., p. 221) ; 3) l'efficace d'action qui présente ses plans comme les seules solutions possibles compte tenu des circonstances préalablement décrites.

À travers de telles stratégies discursives, les membres de la profession médicale ont pu se négocier des prérogatives professionnelles consacrées par la loi, en cherchant

constamment à convaincre l'État et le public que ses demandes de prérogatives sont légitimes.

Selon Rue Bucher et Anselm Strauss (1961), le corps professionnel est divisé en plusieurs segments en proie à des conflits. En outre, ceux qui contrôlent les associations professionnelles sont très souvent les mêmes que ceux qui contrôlent les relations avec l'extérieur.

Cela dit, dans une période de perturbations (voir le point 1.3), il nous apparaît important, afin d'entrevoir l'avenir de l'omnipratique au Québec, de tenir compte de la lecture que certains organismes oeuvrant dans le domaine socio-sanitaire font de cette situation. Même si elle reconnaît le mérite des analyses des pratiques de travail et des analyses à un niveau micro-social, l'auteure de ce mémoire vise plutôt à faire état des pratiques discursives à un niveau macro. Nous sommes par ailleurs consciente que les pratiques discursives pourraient aussi être étudiées à un niveau micro. Ainsi, nous pourrions interviewer des médecins travaillant dans différents milieux, et il est probable que l'analyse de ces entrevues révélerait des discours différents de ceux qui seront mis en lumière par une analyse des pratiques discursives à un niveau macro.

CONCLUSION

Ainsi il peut y avoir, au sein du corps médical, une diversité de conceptions et de points de vue, et cette diversité peut trouver sa source dans au moins sept domaines différents. Cela nous a amenée à voir plus en profondeur le concept de segmentation.

C'est ce concept qui a permis à Coburn d'expliquer un prétendu déclin du pouvoir médical en Ontario. Freidson, pour sa part, a montré comment la hiérarchisation des segments au sein d'un corps médical peut pallier les pressions externes pouvant mener à un déclin de son pouvoir. Finalement, l'analyse de Marsden montre que des relations de pouvoir peuvent se créer entre les différents segments d'un même corps professionnel.

Suite à ces lectures, nous croyons pertinent d'examiner s'il existe des segments au sein du corps médical et ce, à partir des propos tenus par différents porte-parole importants sur le rôle et la place de l'omnipratique dans le système de soins québécois. Cela nous permet d'envisager les différents rôles qu'elle peut jouer au sein de la division du travail sociosanitaire ainsi que les différentes voies qui s'ouvrent à elle.

Cependant, nous ne pouvons étudier le rôle que joue une occupation dans un tout, sans examiner, au préalable, ce tout. Or nous savons qu'un segment arrive à se tailler une place dans la division du travail sociosanitaire, et à la conserver le plus souvent, grâce aux luttes et à leurs issues. Autrement dit, un segment se constitue et se préserve une aire de travail en établissant un lien de concurrence ou de collaboration avec d'autres occupations. Puisque les segments sont reliés les uns les autres, un changement dans la juridiction de l'un influe sur la juridiction de l'autre car les segments constituent une *écologie*. L'omnipratique faisant partie de la division du travail sociosanitaire, sa place présente, comme sa place future, dépendent donc des luttes et de leurs issues. Finalement, ce sont les pratiques discursives des représentants officiels du corps médical québécois qui sont l'objet de notre analyse macro-sociale.

Nous faisons état, au prochain chapitre, de la méthodologie qui nous sert de base pour notre analyse.

CHAPITRE III : MÉTHODOLOGIE

Les outils méthodologiques permettent au chercheur de prendre une certaine distance par rapport aux normes, aux valeurs et aux prénotions intériorisées au cours de ses expériences personnelles. Ils s'avèrent donc fort importants dans l'atteinte d'une plus grande objectivité, principe fondamental de toute recherche scientifique. Notons que cela est d'autant plus vrai dans l'étude des phénomènes sociaux ou, en d'autres termes, l'étude des réalités sociales.

Cela dit, au premier point de ce troisième chapitre, nous présentons notre corpus de lecture. Au second point, nous explicitons la méthodologie qui a guidé l'auteure de ce mémoire, et en troisième lieu, nous décrivons l'analyse de contenu et proposons quelques spécifications sur les théories qui l'entourent. Au point suivant, nous exposons et décrivons le choix des documents analysés ainsi que des organismes producteurs de ces documents. Finalement, la grille de lecture utilisée pour colliger et traiter les données sur lesquelles se fondent les constats du quatrième chapitre, est présentée au dernier point.

3.1 LE CORPUS DE LECTURE : LE CHOIX DES MATÉRIAUX À ANALYSER

Notre objet d'étude étant le rôle et la place de l'omnipraticien dans le système de soins, nous devons, par conséquent, comprendre la dynamique sociale qui anime *le système des professions*. En effet, si, selon Paicheler, *L'analyse des carrières individuelles doit être envisagée en fonction des segments dans lesquels elles s'insèrent* (1992, p. 51), nous croyons, quant à nous, que l'analyse des segments doit être envisagée en fonction du système dans lequel ils s'insèrent.

C'est à travers les pratiques discursives que nous trouverons, croyons-nous, la représentation sous-jacente de la division du travail sociosanitaire. Ainsi, afin de mieux comprendre la dynamique sociale qui anime *le système des professions*, nous analysons le

discours des organismes professionnels qui touchent de près ou de loin les acteurs au coeur de ce mémoire, les omnipraticiens.

Cette analyse est d'autant plus pertinente qu'en sociologie des professions il est bien connu que les professionnels ont des perceptions et des conceptions qui peuvent changer le cours des choses ou même faire dévier les changements planifiés par l'État.

Quant à la définition que nous faisons de la notion de *système des professions*, nous faisons référence uniquement au système professionnel sociosanitaire québécois, autrement dit, à l'organisation interne de ce système. Nous limitons donc la définition d'Andrew Abbott, aux fins de ce mémoire seulement, au système professionnel en santé du Québec.

Après avoir lu abondamment sur des sujets variés et à contexte très large, nous avons remarqué que la proposition de hiérarchisation des soins présentée par le Conseil médical du Québec est un enjeu majeur pour les acteurs du milieu sociosanitaire. À juste titre, plusieurs organismes de ce milieu se sont empressés de fournir leur propre définition de ce que devrait être l'organisation des soins et comment elle devrait être constituée. Outre le fait que cette proposition a suscité des réactions de plusieurs acteurs, elle fait de l'omnipraticien *l'intégrateur en première ligne*. (Conseil médical du Québec, 1995, p. 35)

Ce sont ces réactions explicites qui ont été la source de nos intérêts et de nos questionnements. Cependant, bien que cette proposition soit au coeur de nos interrogations, nous élargissons notre cercle de recherche afin de vérifier quelles sont les discussions qui entourent le rôle et la place de l'omnipraticien au Québec. Nous adoptons donc une perspective plus large en ne nous limitant pas seulement aux réponses à la proposition de hiérarchisation; nous visons plutôt l'ensemble des positions portant sur le rôle et la place de l'omnipraticien dans le système de soins québécois.

Bien que nous ayons repéré plusieurs documents portant sur la place, le rôle ou le statut de l'omnipraticien, nous informons le lecteur que tous les protagonistes ne sont pas

couverts dans ce mémoire. Étant limitée par la possibilité d'obtenir certains documents ou par le fait que certains acteurs n'ont pas écrit sur le rôle et la place de l'omnipratique dans le système sociosanitaire québécois, nous ne pouvions faire autrement.

Les organismes susceptibles de nous intéresser au niveau macro-social sont les suivants: la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), le MSSS, les différentes régies régionales, le Collège des médecins, le Conseil médical du Québec, l'Association médicale canadienne, le Collège des médecins de famille du Canada, l'Office des professions et des professeurs/chercheurs en médecine familiale.

Étant donné que nous avons choisi d'analyser les données à un niveau macro-social, nous n'avons pas compilé de nouvelles données pour étudier différentes perceptions à un niveau micro-social. Ainsi, nous n'avons pas fait d'entrevues auprès de regroupements locaux comme l'Association des médecins omnipraticiens de Montréal (AMOM), l'Association des médecins omnipraticiens de Laval (AMOL) ou l'Association des médecins de CLSC, etc. Nous sommes donc limitée, d'une part, par l'existence de l'information pertinente et les possibilités d'y avoir accès et, d'autre part, par nos choix de documents et de niveau d'analyse.

Notre recherche de documents pertinents pour l'analyse de contenu nous a conduite à des lectures très variées et très riches. Par exemple, nous avons fait le tour des parutions mensuelles de la revue de la FMOQ, Le médecin du Québec pour la période de janvier 1995 à juillet 1997 (dates fixées pour le choix des matériaux). Nous avons fait le même exercice pour la revue du Collège des médecins du Québec, Le Collège, pour l'année 1995, 1996 et jusqu'à juillet 1997. Cet exercice ne nous a pas permis de saisir la position de ces organismes sur le rôle et la place de l'omnipratique dans le système de soins au Québec. Nous avons donc tourné nos efforts vers des documents plus spécifiques de ces organismes. C'est ainsi que notre choix s'est arrêté sur deux documents particulièrement intéressants de la FMOQ et deux du Collège des médecins du Québec.

La recherche de documents pertinents écrits par des professeurs/chercheurs consiste, quant à elle, en une recherche intense en bibliothèque. En effet, nous avons longuement cherché des documents écrits par ce groupe d'acteurs, mais en vain. Nous avons contacté quatre professeurs/chercheurs afin de vérifier l'existence potentielle de documents non publiés susceptibles de nous intéresser et portant sur notre sujet, mais la réponse était toujours négative. Par conséquent, nous n'avons qu'un texte à analyser pour ce groupe d'acteurs.

Nous sommes consciente que les résultats de notre dernier chapitre reposent sur des données limitées ou circonstanciées même s'ils représentent bien, selon nous, les opinions et positions des acteurs choisis.

Le choix des documents analysés de même que le choix des organismes producteurs de ces documents sont déterminants dans la définition du cadre de recherche. L'analyse de contenu doit porter sur des documents directement liés au sujet et produits par des acteurs directement en lien avec le sujet d'analyse. Cela dit, les organismes que nous avons retenus sont les suivants:

Le Collège des médecins du Québec

Cet organisme représente le discours officiel de la corporation professionnelle responsable de la protection du public.

La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec:

Cet organisme est responsable de la défense des intérêts des omnipraticiens oeuvrant au Québec.

Le Conseil médical du Québec:

Cet organisme, qui a pour mandat de donner des avis et des recommandations au ministre de la Santé représente, selon nous, le discours des planificateurs du système

de soins au Québec¹. De plus, il est le proposeur d'une hiérarchisation des soins, il est donc un acteur clé dans ce mémoire.

Les professeurs/chercheurs

Afin de vérifier l'hypothèse de Marsden, à savoir si les professeurs/chercheurs en médecine familiale exercent une influence sur les prises de décisions lors de différents changements planifiés, nous avons retenu ces acteurs. D'autant plus qu'ils peuvent être considérés comme l'élite de l'omnipratique.

Quant aux documents analysés, nous avons retenu les suivants:

Le Collège des médecins du Québec

- Les Allocutions données par le personnel du Collège des médecins (neuf pages), *L'omnipraticien et le virage ambulatoire. Une vision régionale* (1997). Ces textes cernent bien, à notre avis, l'ampleur que les changements ont et auront sur le travail et la place des omnipraticiens dans un avenir certain tout en commentant la proposition de la hiérarchisation des soins du Conseil médical.
- Une monographie intitulée *L'organisation des soins et des services de santé* (1997)² de 18 pages, écrite par la Commission sur l'exercice de la médecine des années 2000. Tout comme le texte précédent, ce document traite du rôle et de la place de l'omnipratique dans notre système de soins ainsi que de la proposition de hiérarchisation des soins du Conseil médical du Québec. Toutefois, même s'il traite des mêmes sujets, il le fait de façon différente et plus en profondeur que les Allocutions.

¹ Voir le point 1.2.1 à ce sujet.

² Nous sommes consciente que cette Commission ne représente pas nécessairement la position du Collège mais ce document est le seul publié par le Collège, traitant de notre sujet, que nous ayons trouvé.

La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

- Le premier document de 18 pages intitulé *La réorganisation des soins médicaux de première ligne* (1997) a attiré notre attention du fait qu'il est une proposition de réorganisation des services de première ligne et qu'il semble être une réponse à la proposition de la hiérarchisation des soins de santé³.
- Nous avons également retenu le document *Analyse des avis du Conseil médical du Québec* (1997) de sept pages. Le titre explique par lui-même, croyons-nous, la raison de ce choix.

Le Conseil médical du Québec

- Il va de soi que nous avons analysé le contenu du document *La hiérarchisation des services médicaux. Avis sur une nouvelle dynamique organisationnelle à implanter* (1995) (61 pages), puisqu'il propose des changements importants quant à la place octroyée à l'omnipraticien dans notre système de soins.
- Nous avons également examiné le document de 38 pages *Vue d'ensemble des propositions du Conseil médical du Québec pour l'édification d'un système efficient de soins de santé et de services médicaux* (1996) puisqu'il fait suite à la proposition de la hiérarchisation des soins de santé.

Les professeurs/chercheurs

- Le texte *Le rôle central du médecin de famille dans la réforme de la santé au Québec* (1996)⁴ de six pages a été écrit par quatre directeurs de départements de médecine familiale. Par conséquent, il représente bien l'opinion des professeurs sur la place et le rôle du médecin omnipraticien au Québec.

³ Ce point sera davantage développé au chapitre quatre.

⁴ Nous sommes consciente que cette base documentaire est mince pour caractériser la position de ce groupe mais c'est le seul document que nous avons trouvé et qui traite de notre sujet.

3.2 ANALYSE DE CONTENU

L'analyse de contenu est un outil indispensable, particulièrement en sciences sociales car le langage est une médiation donnant accès à la connaissance de la réalité. Par conséquent, elle constitue la méthode choisie pour saisir notre objet d'étude.

Nous avons répertorié trois différents types d'analyse de contenu. Il s'agit de l'analyse de contenu classique (A.C.C.), de l'analyse paralinguistique et de l'analyse automatique du discours (A.A.D.). Selon l'analyse de contenu classique, élaborée par B. Berelson et reprise par D.P. Cartwright, il y aurait deux critères nécessaires pour que l'analyse de contenu soit fiable: l'objectivité et la généralisation des résultats.

L'analyse de contenu classique consiste à construire une grille *composée de catégories et de relations entre ces derniers* (sic). (Canto-Klein et Ramognino, 1974, p. 67) Puis, une fois élaborée, la grille permet d'extraire des éléments correspondant aux catégories élaborées par le chercheur. Selon les auteurs Canto-Klein et Ramognino, l'analyse de contenu serait *le moment et le lieu de la validation* (p. 67) si l'objectif visé est bien cerné. De plus, les résultats de la recherche seront généralisables si les catégories de la grille sont objectives. Finalement, l'analyse de contenu serait, *le garant de l'interprétation, psychologique ou sociologique.* (op. cit., p. 67)

Quant aux tenants de l'analyse paralinguistique, c'est-à-dire des analyses qui *s'énoncent à partir des sémantiques structurale et générative* (op. cit., p. 68), ils ont repris quelques principes de base de la science linguistique et mettent ainsi en cause la possibilité d'établir des relations directes entre un discours et des attitudes, entre un signifiant et un signifié.

Finalement, l'analyse automatique du discours est *construite à partir du refus de toute intervention de l'analyste.* (op. cit., p. 68) En effet, M. Pêcheux (selon les perspectives définies par W. Harris) propose une manière d'analyser un discours en retranscrivant le texte

à analyser en *énoncés minimaux* et *par articulations entre eux* (op. cit., p. 68), et ce, sans interventions, interprétations ou traductions de la part de l'analyste. Cette forme d'analyse, bien qu'elle soit perçue comme étant fiable et objective, ne permet toutefois pas de mettre à l'épreuve une hypothèse tirée d'une théorie; il s'agirait plutôt d'un *mécanisme d'objectivation des données*. (op. cit., p. 69)

Le type d'analyse de contenu retenu dans ce mémoire est l'analyse de contenu classique (A.C.C.). D'une part, ce type d'analyse convient mieux à nos convictions personnelles, puisque, premièrement, nous croyons en la possibilité d'établir des relations directes entre un discours et des attitudes et, deuxièmement, nous ne croyons pas possible de faire de l'analyse de contenu sans interventions, interprétations ou traductions de la part de l'analyste. D'autre part, nous avons choisi la grille de lecture comme processus de cueillette de données et celle-ci fait partie intégrante de ce type d'analyse de contenu, tel qu'indiqué plus haut.

L'analyse de contenu peut être utilisée de deux façons différentes au moins. En effet, dans une acception plus large, l'analyse de contenu est considérée à la fois comme une technique d'analyse et une interprétation. Toutefois, les résultats qui en découlent ne sont, selon certains auteurs, qu'un métalangage issu du langage naturel utilisé quotidiennement⁵.

Dans sa deuxième acception, l'analyse de contenu comporte deux étapes distinctes: la phase d'analyse et la phase d'interprétation. Selon ce courant de pensée, *c'est la nature discursive qui exige dans un premier temps, un travail de composition et de décomposition pour que le travail puisse se faire*. (op. cit., p. 74) En d'autres termes, l'organisation du discours serait obligatoire pour faire l'analyse de contenu.

Il existe donc deux grands courants de pensée entourant l'analyse de contenu. La démarche que nous adoptons dans ce mémoire est la seconde puisque nous procédons en

⁵ Voir Jean-Claude Gardin et al., 1987, pp. 27-100 à ce sujet.

deux étapes distinctes: la cueillette de données d'abord, puis, en second lieu, nous procédons à l'interprétation de ces données.

Deux conditions ont été identifiées afin que l'analyse de contenu soit valide. Premièrement, pour être efficace, ou selon Canto-Klein et Ramognino, *concordante avec l'objectif qui lui est assigné* (p. 75), le chercheur doit *approfondir l'écoute* (op. cit., p. 75), ou, dans notre cas, la lecture, afin de découvrir les points importants. La seconde condition est que la lecture doit être *transmissible* (op. cit., p. 75), c'est-à-dire que l'analyse *doit pouvoir être répété* (sic) *par d'autres*. (op. cit., p. 75) Nous procédons donc à l'élaboration d'une grille de lecture de manière à réaliser les deux conditions de validité précédemment décrites.

En résumé, le type d'analyse de contenu adopté dans ce mémoire est l'analyse de contenu classique (A.C.C.), dont la fiabilité et la validité reposent sur une grille de lecture objective et généralisable. Nous procédons aussi à un travail de composition et de décomposition afin d'organiser le discours de manière à pouvoir l'analyser en profondeur.

Finalement, notre grille de lecture ne se limite pas à énumérer ou à catégoriser les éléments discursifs retrouvés dans le matériau d'analyse; elle sert aussi à reconstituer le discours des acteurs en fonction de la logique propre à chacun. Notre grille de lecture est donc établie en fonction des documents choisis et des organismes producteurs de ces matériaux. Voyons maintenant notre instrument de cueillette de données.

3.3 L'INSTRUMENT : LA GRILLE DE LECTURE⁶

Nous procédons à une analyse de contenu guidée par les trois questions principales suivantes: 1) qui parle; 2) de quoi parle-t-on; 3) comment en parle-t-on. À partir de la première question, nous désirons établir qui est le locuteur, c'est-à-dire quel lien il a avec les omnipraticiens. Le locuteur est-il un comité faisant partie d'un organisme? Si oui, quelle est la composition du comité? Quel est le statut de ce comité? etc.

Afin d'établir la place qu'octroie l'organisme analysé aux omnipraticiens, nous retenons, en deuxième lieu, les questions suivantes: comment conçoit-on la santé? Distingue-t-on des types de services? Comment conçoit-on les liens entre les différentes composantes de la prestation des services? Quelles sont les caractéristiques utilisées pour parler de l'omnipraticien? Pour parler des spécialistes? Bref, ces quelques indicateurs nous permettront de vérifier le rôle qu'occupe l'omnipraticien dans le système de soins québécois.

Finalement, notre troisième question permet d'analyser la logique d'enchaînement des idées, des sujets et des arguments utilisés par l'acteur pour communiquer sa conception de la place de l'omnipraticien dans notre système de soins.

Pour construire notre grille de lecture, nous avons adopté un processus itératif d'aller-retour entre les données et les diverses versions de cette grille de lecture. Maintenant que notre méthodologie est établie, voyons les résultats que nos grilles de lecture nous ont permis de constater.

⁶ La grille de lecture est reproduite à l'annexe II.

CHAPITRE IV : PRÉSENTATION DES PROPOS DES LOCUTEURS IDENTIFIÉS

Afin d'établir comment nous concevons le rôle et la place de l'omnipratique dans la division du travail sociosanitaire et comment nous percevons l'impact des changements planifiés sur ce groupe de médecins, nous procédons à l'analyse de contenu de divers documents et utilisons certaines des données recueillies avec notre grille de lecture. Ainsi, dans ce quatrième chapitre, nous faisons état des analyses portant sur des documents et des locuteurs que nous avons déjà jugés pertinents pour ce mémoire. Nous examinons donc les textes du Collège des médecins du Québec, du Conseil médical du Québec (CMQ) et de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ). En dernier lieu, nous analysons le texte des professeurs/chercheurs.

4.1 LE COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC

Nous avons analysé deux documents produits par ce locuteur. Le premier, de neuf pages, s'intitule L'omnipraticien et le virage ambulatoire. Une vision régionale. Il s'agit d'une allocution donnée le 19 avril 1997 par le Dr Pierre Duplessis, secrétaire général adjoint du Collège, dans le cadre du colloque *Le virage ambulatoire: d'incontournables défis*. Ce discours s'adresse à un public qui comprend presque exclusivement des médecins¹ et a donné lieu à un texte écrit dont nous avons obtenu un exemplaire.

Le second document analysé est un document de consultation de 18 pages rédigé par les membres de la Commission sur l'exercice de la médecine des années 2000. Le but des auteurs était d'obtenir des réactions sur les travaux et les réflexions de la Commission avant de les soumettre au Bureau du Collège en 1997. C'est lors de la tournée régionale du

¹ Information reçue par Mme France Drolet, attachée de direction, CLSC La Presqu'île, initiatrice du colloque.

président du Collège, le Dr Roch Bernier², que ce document intitulé L'organisation des soins et des services de santé (mars 1997) ainsi qu'un questionnaire s'y rattachant ont été soumis à plusieurs personnes et organismes. Quelques 150 d'entre eux ont répondu.

Cette Commission, mise sur pied par le Collège des médecins, a comme mandat, entres autres choses, de:

[...] revoir le rôle et les fonctions de l'omnipraticien [...] revoir le rôle et les fonctions du médecin spécialiste [...] préciser la collaboration des autres professionnels de la santé dans la distribution des soins dans le contexte d'une médecine des années 2000. (introduction)

Cette commission compte douze membres répartis également entre les deux sexes dont sept médecins, deux étudiants en médecine, une infirmière, une pharmacienne et un représentant du public.

Le premier document traite des changements qui évoluent actuellement au Québec dans l'organisation des soins et des services de santé. L'auteur indique les tendances à envisager du point de vue de la distribution des soins au Québec dans les années à venir en fonction de ces changements. Il aborde les facteurs qui ont conditionné l'augmentation des services sur une base ambulatoire, changement majeur du système de soins. Ces facteurs seraient de trois ordres: celui de l'avancement technologique, des contraintes économiques et des attentes des patients. Finalement, le document affirme que l'intervenant clé dans ce contexte de changement est l'omnipraticien.

Ainsi, selon ce document, le système de soins au Québec serait actuellement dans une période de transition qui serait beaucoup plus que structurelle. En effet, elle toucherait tant la façon de dispenser les soins que l'organisation du travail des protagonistes. En outre,

² Étant donné que lors de notre analyse nous n'avons pas eu accès au document final, Nouveaux défis professionnels pour le médecin des années 2000, nous avons examiné celui qui a été soumis à la consultation.

ces changements seraient d'autant plus importants qu'ils façonneraient l'organisation des soins et des services de santé pour les vingt prochaines années.

Selon l'auteur, il faut préparer l'avenir à partir de trois tendances quasi internationales, auxquelles le Québec n'échappera pas, à savoir, la responsabilité de population, l'interdisciplinarité et la régionalisation. Regardons ces tendances de plus près afin de mieux comprendre la position du Collège face à l'organisation future de la distribution des soins au Québec.

La première tendance, la responsabilité de population, implique la responsabilité du médecin de première ligne envers une population donnée. En d'autres termes, l'auteur dit que la profession médicale *devra se responsabiliser face à une population pour que soit offerte la gamme des services auxquels celle-ci est en droit de s'attendre* (Allocutions, p. 5)³. Afin de répondre aux besoins de cette population, c'est désormais en groupe que le médecin devra exercer sa profession et non plus seul ou de façon isolée. La responsabilité de suivre régulièrement le patient et de faire le lien entre les divers professionnels de la santé et entre les différents épisodes de soins, incombera désormais à l'omnipraticien.

La deuxième tendance, l'interdisciplinarité, ne fera qu'augmenter au fil des ans, selon cet auteur, en raison de la complexité des problèmes de santé, des programmes et des approches thérapeutiques. Or, étant donné l'accélération du virage ambulatoire et la raréfaction de la main d'oeuvre à la suite des mises en disponibilité massives, par exemple, il convient, selon l'auteur, de fournir une acception élargie de la notion d'actes autorisés communément appelé actes délégués. Le Collège, étant voué à la protection du public, présente cette proposition d'extension des actes délégués sous l'angle d'une amélioration du bien-être des patients:

³ Dans le but d'alléger le texte, lorsque nous faisons référence au texte de la Commission sur l'exercice de la médecine des années 2000, nous utilisons le terme «Commission» et celui d'«Allocutions» pour désigner le texte du Dr Duplessis.

[...] il convient de donner une interprétation large à la notion d'actes autorisés [...] afin de rendre service aux patients en n'empêchant pas inutilement le recours aux traitements par d'autres professionnels, les infirmières par exemple (Allocutions, p. 7).

L'autorisation d'acte est donc le terrain choisi par l'auteur pour décrire la nouvelle réalité de l'interdisciplinarité.

Finalement, la troisième tendance, la régionalisation, est directement liée à la responsabilité du corps médical face à une population donnée. En effet, celle-ci implique qu'un médecin doit appartenir à un territoire donné (Municipalité régionale de comté (MRC) ou CLSC, par exemple) qu'il doit prendre en charge sa population (en fournissant les services nécessaires aux besoins de cette population) et qu'il doit interagir avec les ressources de ce même territoire.

Il importe de rappeler au lecteur que le mandat du Collège des médecins du Québec est de s'assurer de la qualité de la formation (compétence des médecins) et de la qualité des actes posés (mécanismes d'évaluation des actes) dans le but de protéger le public. Sous cet angle, il paraît logique que le Collège se dote de mécanismes structurels de contrôle de la qualité sur une base régionale qui correspondent à la responsabilité du médecin face à une population.

Or, étant donné la nécessité de continuité, accentuée par la fragmentation des soins occasionnée par le «virage ambulatoire», l'auteur ressent un besoin de transposition à une échelle régionale, ou sous-régionale, plutôt que simplement au niveau des établissements. Il veut donc réarranger, entre autres, la coordination entre les médecins et les autres professionnels, l'uniformisation des pratiques cliniques, des informations et du contrôle de la qualité, les mécanismes structurels de contrôle de la qualité de l'acte (CMDP)⁴.

⁴ Les CMDP sont les Conseils des médecins, dentistes et pharmaciens, chargés, au sein des établissements, du contrôle de la qualité de l'acte et de la compétence.

C'est ainsi que le Collège propose la création d'un Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) régional ou sous-régional ainsi que la création d'un département clinique à la même échelle, qui regrouperait l'ensemble des départements cliniques de médecine générale (ce que la FMOQ appelle le Département régional de médecine générale, DRMG). En d'autres termes, ce serait pour mieux protéger le public que le Collège propose une structure organisationnelle semblable aux DRMG qui lui permettrait d'assurer la qualité de l'acte à l'extérieur de l'hôpital. Le Collège établit donc un lien entre l'organisation des soins et la protection du public.

Toujours selon ce locuteur, il y aurait trois facteurs qui conditionnent la transformation du système de soins en cours: l'évolution technologique, les contraintes économiques et les attentes des patients. Ce sont ces trois facteurs qui auraient entraîné de manière plus soutenue l'expression de la médecine ambulatoire au Québec. En effet, la miniaturisation des appareils, la progression des tests de laboratoire en ambulatoire ou le progrès pharmacologique sont tous des exemples d'une évolution technologique qui mènent vers une médecine ambulatoire. Les contraintes économiques, quant à elles, exercent constamment une pression pour diminuer les coûts en centre hospitalier et favorisent donc la médecine ambulatoire. Il est vrai également que les attentes des patients ont changé et ont ouvert la voie à la médecine ambulatoire. En effet, l'hôpital n'étant plus un lieu de repos comme autrefois, les patients préfèrent être à la maison plutôt qu'en centre hospitalier.

Finalement, l'intervenant clé dans ce contexte de changement est l'omnipraticien:

Dans ce contexte, vous comprendrez que l'omnipraticien est considéré comme l'intervenant clé. C'est lui qui, demain, soutiendra toute la transformation et particulièrement le virage ambulatoire. Il est le médecin qui assurera la continuité des soins et qui permettra, si la hiérarchisation des services médicaux est implantée, l'accès à la spécialité. Enfin, il assurera que les soins soient globaux, c'est-à-dire qu'ils prennent en compte l'ensemble de la personne. (Allocutions, p. 3)

De ce premier document, nous retenons que le système de soins et de services de santé est actuellement en période de transition. De plus, afin de bien préparer la distribution des soins pour les deux prochaines décennies au moins, l'auteur se base sur trois tendances

quasi internationales. Les médecins devront être responsables face à une population donnée, travailler en équipe multidisciplinaire, et ce travail devra se faire sur un territoire donné. En outre, la qualité de l'acte devra être supervisée en dehors des établissements (d'où l'idée de mettre sur pied des CMDP régionaux ou sous-régionaux). Enfin, la transformation de l'organisation du système de soins serait conditionnée par trois facteurs et l'omnipraticien en serait le pilier.

Quant au deuxième document analysé, L'organisation des soins et des services de santé, il s'adresse à un public très vaste composé de plusieurs personnes et organismes oeuvrant tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du système de soins. Ce texte traite, pour la plupart, des mêmes sujets que le premier, mais invoque des arguments différents.

Par exemple, nous avons vu, dans le premier document, que l'organisation des soins et services est envisagée à partir de trois tendances quasi internationales. Les auteurs du présent document perçoivent plutôt l'organisation du système de soins comme le point névralgique de ce système. Cette fois-ci, c'est à partir des valeurs et de la culture québécoises que l'organisation doit être analysée: *Les valeurs et la culture d'une société donnée exercent une influence marquée sur l'organisation des soins et services que se donne cette société* (Commission, p. 1).

Alors que dans le premier document, les manières d'envisager la distribution des soins dans les années à venir reposent sur les tendances internationales, les auteurs de ce deuxième document utilisent les valeurs et la culture de la société québécoise pour envisager la réorganisation des soins de santé.

En effet, selon les auteurs, la société s'est solidarisée à la suite des nombreuses épidémies et des sévères récessions économiques de façon à ce que chaque citoyen puisse contribuer à la vie sociale. Les trois valeurs fondamentales qui en découlent dans le domaine de la santé sont : l'équité, c'est-à-dire une accessibilité à des soins égaux pour tous; la solidarité, qui se traduit en une contribution collective afin d'éviter au patient d'assumer

seul le fardeau financier et, finalement, le respect de la dignité de la personne, qui s'exprime par le libre choix du médecin et l'obligation de confidentialité. (Nous remarquons ici que, pour les auteurs, le libre choix fait partie intégrante du respect de la dignité de la personne).

La culture du citoyen québécois face au système de soins, quant à elle, se traduit par une large utilisation des services de santé, par des attentes face à la gratuité des services, sans barrière d'accessibilité et par la libre consultation directe du médecin dans l'établissement et la langue de son choix (français ou anglais). C'est à partir de ces principaux thèmes, tels que les valeurs et la culture de la société québécoise, que les auteurs se prononcent sur les concepts fondamentaux de la proposition de hiérarchisation des soins émanant du CMQ.

Le système de soins au Québec étant dans une période de transition, ces caractéristiques culturelles devraient être prises en compte, selon les auteurs, lors de la planification de la réorganisation des soins et services de santé. En outre, elles auraient un impact important qu'il faudrait prendre en considération lors de l'analyse de l'implantation de nouvelles mesures, telle que la proposition de hiérarchisation du CMQ. C'est donc au nom de la protection des valeurs et de la culture québécoises que le Collège se prononce contre la recommandation du CMQ de rendre l'inscription du patient obligatoire auprès d'un médecin omnipraticien.

En effet, d'une part, le maintien de l'autonomie thérapeutique du médecin, la liberté de choix du patient envers son médecin et les lieux de dispensation, ou encore, la possibilité d'être suivi dans la langue de son choix sont toutes des valeurs qui sont considérées comme importantes par ces auteurs, puisqu'elles sont perçues comme faisant partie du respect de la dignité de la personne malade (Commission, p. 2). D'autre part, un des points fondamentaux de la proposition de hiérarchisation des soins du CMQ est que les citoyens devront s'inscrire auprès d'un médecin omnipraticien. Or, selon les auteurs, *il n'est pas dans la culture de la plupart des gens d'avoir «un» médecin de famille ni de s'en voir imposer un* (Commission,

p. 2). La culture québécoise aurait donc un rôle à jouer en défaveur de cette proposition du CMQ pour la Commission.

Les auteurs ne traitent donc pas de l'avenir de l'organisation du système de soins en regard des tendances internationales, mais plutôt en regard des valeurs et de la culture québécoises. Cette différence dans les modes d'argumentation existe aussi lorsqu'il est question de régionalisation et de responsabilisation face à une population.

Tout comme dans le document précédent, les auteurs indiquent que le modèle d'organisation à privilégier au Québec est celui de la régionalisation. Toutefois, c'est dans le but de mieux répondre aux besoins de la population que les auteurs proposent que la planification et la gestion des soins et des services de santé soit au niveau des régions, ou autrement dit, au nom des intérêts de la population.

Quant à la responsabilisation face à une population, la Commission croit que la société exigera une imputabilité à l'égard d'une population et non plus à l'égard du patient, et, que, seul un regroupement de médecins pourra arriver à être imputable à l'égard d'une population. Ainsi, selon ce locuteur, d'une part, la population exige plus et, d'autre part, la profession médicale doit harmoniser l'ensemble des pratiques pour offrir plus. Ce serait donc pour répondre aux exigences de la société que les médecins devraient se regrouper et devenir, chacun, responsables d'une population donnée.

Ainsi, dans ce document, d'une part, ce serait dans l'intérêt de la population que l'organisation du système de soins doit être au niveau régional et, d'autre part, ce serait pour répondre aux attentes de la population que la profession médicale devrait changer ses modes de pratique. Comparativement, dans le premier document, le but énoncé pour ces changements est celui de bien préparer l'avenir de l'organisation des soins et services de santé. Le discours semble donc être différent selon que l'auditoire est majoritairement composé de médecins ou qu'il comprend un public plus large, qui inclut les profanes.

Finalement, nous analysons le discours de ce locuteur quant aux rôles et à la place qu'il attribue aux acteurs énumérés dans ces documents pour mieux mettre en évidence la place accordée à l'omnipraticien. La place d'une occupation doit être analysée en fonction de la place accordée aux autres, selon Andrew Abbott⁵. Il est donc important de voir comment ce locuteur se représente l'ensemble dans lequel l'omnipraticien s'insère. Notons cependant que, pour cette partie, le discours présenté dans les deux documents est le même, et donc, nous les traitons simultanément.

Selon le Collège, l'omnipraticien devra être le médecin traitant habituel et être considéré comme l'intervenant clé qui soutiendra la transformation du système de soins et, plus particulièrement, le virage ambulatoire. La Commission, quant à elle, croit que le médecin omnipraticien est actuellement sous-utilisé et que son rôle doit être valorisé (Commission, p. 10). L'omnipraticien serait donc le médecin sur qui repose la réorganisation du système de soins, d'où la nécessité de faire valoir son rôle. Enfin, il est défini comme:

[...] ce professionnel de la santé qui établit les besoins de soins, y répond, défend les intérêts de ses patients et, lorsque nécessaire, agit comme agent de liaison auprès des autres intervenants du système de soins. En d'autres termes, la Commission croit que le médecin omnipraticien est actuellement sous-utilisé. (Commission, p. 10)

Parmi les autres acteurs du système de soins, le locuteur fait particulièrement référence aux infirmières. Il indique qu'elles sont des professionnelles qui peuvent prodiguer des soins médicaux sous ordonnance dûment remplie par un médecin et que ces soins peuvent dépasser ceux de la pratique actuelle. Autrement dit, *La commission croit que le recours à d'autres professionnels que les médecins doit être favorisé lorsque cela s'avère tout aussi efficace et possible (Commission, p. 10).*

Les auteurs font aussi référence au gouvernement qu'ils rendent responsable des décisions quant à la responsabilisation du médecin face à une clientèle et à l'organisation du

⁵ Voir le chapitre II à ce sujet.

système de soins : *Le Québec a décidé résolument que la planification et la gestion des soins et des services de santé se ferait au niveau des régions.* (Commission, p. 3)

C'est à titre de protecteur du public que le Collège des médecins se définit comme le locuteur pertinent pour proposer des changements dans le système de soins au Québec. En effet, il propose des changements importants dans les modes de pratique et dans les contextes de pratique des médecins. Il propose aussi de transposer un mécanisme de contrôle de la qualité de l'acte à l'extérieur des établissements et ce, non pas pour les intérêts du corps médical, mais bien au nom des intérêts et des attentes du patient.

En conclusion, il y a des changements à prévoir dans l'organisation du système de soins et de services de santé au Québec. Ceux-ci ont trait tant à la dispensation des soins qu'au mode d'organisation des soins. Le système de soins étant en période de transition, ce sont des tendances quasi internationales qui servent d'assises dans le premier document, présenté devant un auditoire composé presque exclusivement de médecins, et qui proposent des changements susceptibles de bien préparer l'avenir.

Toutefois, lorsque ce locuteur s'exprime devant un public plus large, c'est au nom des valeurs et de la culture québécoises qu'il propose d'envisager la réorganisation du système de soins au Québec. Les valeurs et la culture québécoises devant être au coeur de cette réorganisation, la proposition de hiérarchisation du CMQ, qui souhaite rendre obligatoire la référence d'un patient à un spécialiste et son inscription auprès d'un médecin omnipraticien, ne peut être retenue, selon ce locuteur.

Enfin, comme le Collège des médecins est voué au bien-être et aux intérêts de la population, il est clair qu'il se définit comme le locuteur pertinent dans la mesure où il propose des changements au nom des intérêts autres que ceux du corps médical.

4.2 LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC (FMOQ)

Comme nous l'avons précisé au chapitre trois, nous avons retenu deux documents écrits par ce locuteur. Le premier document, publié en janvier 1997, s'intitule La réorganisation des soins médicaux de première ligne, et compte 18 pages. Il a été écrit par le Comité sur la réorganisation des soins médicaux de première ligne, lui-même composé de 10 membres dont huit sont médecins et deux, économistes et dont neuf sont des hommes⁶. Ce Comité a pour mandat de *réfléchir sur l'organisation, la gestion et la rémunération des services médicaux généraux dans le contexte actuel et proposer des lignes directrices* (Réorganisation⁷, p. 2).

Le deuxième document, Analyse des avis du Conseil médical du Québec (CMQ) a été publié en avril 1997 et contient sept pages. Il a été écrit par six membres⁸ du même Comité, dont cinq hommes et une femme et dont cinq sont médecins et un est économiste.

De quoi parlent ces documents? Dans un premier temps, nous en offrons une brève description puis nous proposons, en deuxième lieu, une première analyse de contenu. Tout d'abord, nous voulons préciser que le contexte de parution du document «Réorganisation»

⁶ Lors d'une conversation téléphonique du 6 avril 1998 avec Mme Vennat, secrétaire du Dr Jean Rodrigue, directeur des communications à la FMOQ, nous avons remarqué que, bien qu'il soit écrit que le Comité est composé de sept membres (p. 2), certains noms publiés dans le document n'étaient pas valides et d'autres avaient été ajoutés. Nous avons donc préféré inscrire le nombre de personnes qui ont réellement été membres de ce Comité. C'est pourquoi le nombre de personnes inscrit dans ce mémoire ne correspond pas à celui qui est indiqué dans le document de la FMOQ.

⁷ Dans le but d'alléger le texte, nous faisons référence au texte La réorganisation des soins médicaux de première ligne en utilisant le mot «Réorganisation» et nous utilisons le terme «Analyse» lorsque nous faisons référence au document Analyse des avis du Conseil médical du Québec (CMQ).

⁸ Ces renseignements qui n'apparaissent pas dans le document ont été fournis par Mme Vennat, secrétaire du Dr Jean Rodrigue, directeur des communications à la FMOQ.

est particulier. En effet, la FMOQ s'est empressée de publier ce document même si les travaux du Comité n'étaient pas achevés

Bien que ses travaux ne soient pas terminés, le comité jugeait nécessaire d'agir rapidement: il faut non seulement que les omnipraticiens adaptent leur pratique aux réalités nouvelles du système de santé, mais ils doivent aussi contribuer à la réorganisation de celui-ci (p. 2)⁹

En d'autres mots, les omnipraticiens veulent *s'organiser plutôt que de se faire organiser*¹⁰. Ainsi, la FMOQ sentait qu'elle devait réagir rapidement aux propositions de hiérarchisation du CMQ, ou, sinon, des structures lui auraient été imposées.

Le document «Réorganisation» est divisé en deux parties. La première examine le contexte de pratique des omnipraticiens et la transformation du réseau de services de santé, alors que la deuxième traite de l'organisation régionale des services médicaux généraux. Dans la première partie qui traite de l'omnipraticien au Québec, les auteurs dressent un bref bilan du contexte de pratique des omnipraticiens ainsi que de l'impact des transformations du réseau (non identifiées) mises en oeuvre par le gouvernement.

Les auteurs indiquent que le gouvernement québécois poursuit trois objectifs à la suite de ses réflexions sur le système sociosanitaire qui ont débuté au milieu des années 1980. Ces objectifs sont d'offrir des services mieux adaptés aux besoins de la population, de tirer meilleur profit des nouvelles technologies et de protéger les acquis sociaux malgré un contexte budgétaire difficile. Les auteurs signalent que ces réflexions ont conduit le gouvernement à proposer une transformation de ce système. Ils ne précisent toutefois pas de quelle transformation il s'agit, mais nous croyons qu'ils font référence à la proposition de hiérarchisation des soins du CMQ, comme nous pourrions le constater plus bas.

⁹ La parution hâtive de ce document fait en sorte qu'il est peu clair, ce qui rend la présentation du contenu plus difficile.

¹⁰ Citation du Dr Jean Rodrigue, directeur des communications à la FMOQ, dans le cadre d'une conférence donnée lors d'un Séminaire-midi à l'Université de Montréal le 15 décembre 1997.

Ils indiquent également que cette proposition de transformation comporte quatre volets qui auront des répercussions sur les omnipraticiens et sur la dispensation des services de médecine générale. Le premier volet concerne le redéploiement des ressources, l'accent devant être mis sur les services ambulatoires et à domicile, la prévention des maladies et la promotion de la santé seraient privilégiés. Le deuxième volet entrevoit la nécessité de réorganiser les services de santé en privilégiant des réseaux intégrés et une approche par territoire et par population. Le troisième volet s'attarde sur les changements dans les modes de pratique des médecins, incluant une obligation de résultats et une responsabilisation des divers intervenants. Enfin, le quatrième volet de la transformation proposée par le gouvernement, celui qui aura un impact sur les omnipraticiens selon la FMOQ, est la décentralisation des pouvoirs et des budgets vers les régions. Cette régionalisation obligera la création de structures légères et fonctionnelles en lien avec les régies régionales et les établissements ainsi qu'une planification globale des effectifs en omnipratique, selon ce locuteur.

Finalement, les auteurs traitent des objectifs de la FMOQ et concluent la première partie du document en indiquant que, malgré le vaste processus de réorganisation déjà amorcé, la FMOQ entend maintenir les acquis du système de soins. Nous remarquons ici que la conservation des acquis est un enjeu majeur pour cet acteur.

La deuxième partie du document «Réorganisation» traite de l'organisation régionale des services médicaux généraux. Selon les auteurs, la régionalisation comprend une réorganisation de tous les niveaux de soins. Or, étant donné la présence des omnipraticiens dans toutes les structures de soins et leur apport au niveau des services de première ligne, ce locuteur considère que les omnipraticiens doivent revoir l'organisation de leurs services ainsi que leurs liens avec les régies régionales.

C'est la Commission médicale régionale¹¹ (CMR) qui est actuellement l'interface entre les régies régionales et les médecins. Cette Commission serait toutefois inappropriée pour atteindre l'ensemble des objectifs régionaux des omnipraticiens, selon la FMOQ. Nous reviendrons sur ce point lors de l'analyse de contenu. Ces objectifs régionaux sont préalablement définis comme suit: 1) organiser et planifier l'ensemble des services et des effectifs en médecine générale; 2) mettre en place des structures appropriées qui permettront d'assurer l'accès aux services de première ligne, la continuité et la coordination des soins; 3) informer la population sur les services de première ligne.

Les auteurs indiquent cinq conditions qu'ils qualifient d'essentielles pour la réalisation de ces objectifs. Il faut: 1) se regrouper; 2) établir des consensus sur les actions prioritaires à entreprendre; 3) concerter les actions; 4) créer des ponts entre le privé et les établissements publics; 5) établir des liens fonctionnels avec les régies régionales. La mise sur pied d'un Département régional de médecine générale (DRMG), que nous définissons plus loin, serait une solution idéale, selon la FMOQ, pour atteindre ces objectifs.

En résumé, les auteurs traitent des omnipraticiens et de la transformation du réseau des services de santé en indiquant les objectifs du gouvernement ainsi que des conséquences de cette transformation pour les omnipraticiens. La FMOQ entend, d'une part, conserver les acquis d'un système qui a tout de même réussi à améliorer la santé des citoyens québécois et, d'autre part, organiser elle-même la distribution des services de soins généraux.

¹¹ Nous répétons ici les informations fournies au chapitre premier afin de faciliter la compréhension de cette section. La Commission médicale régionale est une instance consultative auprès du Conseil d'administration des régies régionales, qui donne des avis sur l'organisation et la distribution des services médicaux et sur le plan des effectifs médicaux. Les membres de cette Commission donnent aussi des avis sur les modes de rémunération et sur l'organisation de la pratique des médecins, proposent une liste d'activités médicales particulières et exécutent tout autre mandat confié par la Régie régionale. Elle est composée de trois omnipraticiens, trois spécialistes, un représentant de la faculté de médecine de la région, du directeur de la santé publique et du directeur général de la Régie régionale (L.Q., 1991, c. 42, art. 367 à 369).

Le deuxième document, intitulé Analyse des avis du Conseil Médical du Québec (CMQ) comprend six parties. Dans la première partie, les auteurs traitent du contexte de l'exercice de la médecine au Québec. Ils indiquent qu'il faut revoir l'organisation des services médicaux afin de maintenir la qualité et l'efficacité du système de soins tout en conservant les acquis de ce système. Ils font d'ailleurs une critique des analyses du CMQ à ce sujet.

Selon la FMOQ, l'évolution de la profession médicale et du système de soins a porté fruit : la santé des citoyens s'est améliorée, la population est satisfaite des services dispensés, la répartition des omnipraticiens est excellente et ces derniers ont contribué à l'arrivée de nouvelles disciplines (sans toutefois spécifier lesquelles) et à la consolidation de leur propre discipline, la médecine familiale. En d'autres termes, le système actuel de distribution de soins n'est pas si mal en point. Or, selon la FMOQ,

C'est à la lumière de ces acquis majeurs et de nos choix comme société qu'il faut examiner les lacunes identifiées par le CMQ dans la pratique des médecins, les services à la population et l'augmentation des coûts des services médicaux. (Analyse, p. 3)

Dans la deuxième partie du document, la FMOQ indique comment pallier aux déficiences du système de soins que le CMQ a identifiées. En voici deux exemples : le CMQ constate l'existence de chevauchements et l'émergence de pratiques morcelées, mais la FMOQ répond que les problèmes n'ont pas l'ampleur que le CMQ leur attribue ; le CMQ déplore le manque de continuité et l'émergence de plusieurs cliniques sans rendez-vous, mais la FMOQ indique que ces activités répondent à des besoins courants de santé. Nous pouvons continuer ainsi longtemps !

Dans la troisième partie, qui traite spécifiquement de la proposition de hiérarchisation des soins du CMQ, la FMOQ reconnaît l'importance de mieux cerner les rôles respectifs des omnipraticiens et des spécialistes. Elle dénonce toutefois le modèle d'organisation de services proposé car, dit-elle, *les omnipraticiens sont confinés à la première ligne, en cabinet privé ou en CLSC* (p. 4), à quelques exceptions près; la FMOQ considère donc que cette approche est réductrice.

En quatrième partie, les auteurs discutent des stratégies d'implantation proposées par le CMQ, tel qu'un calendrier d'implantation, dont la FMOQ reconnaît la nécessité pour l'implantation de certaines réformes (non identifiées).

En cinquième partie, la FMOQ examine la proposition d'inscription des clientèles auprès des médecins omnipraticiens. Elle indique que, bien qu'elle partage l'objectif du CMQ, à savoir que la population doit se responsabiliser face à sa propre santé, la FMOQ s'interroge toutefois sur le moyen proposé. En effet, selon la FMOQ, la proposition du CMQ consiste en

[...] un modèle uniforme et statique de médecine de première ligne: il laisse peu de place à une pratique mixte qui intègre des activités de deuxième ou de troisième ligne, ce qui constitue pourtant la réalité de la majorité des omnipraticiens québécois; il ne tient pas compte de la mobilité inter-régionale et intra-régionale des médecins, ni des modifications qu'un médecin peut apporter à sa pratique au cours de sa carrière, en privilégiant des secteurs d'activités plus pointus (Analyse, p. 6).

Selon la FMOQ, ce modèle n'est pas le meilleur moyen pour susciter la collaboration des médecins et n'est pas adapté à la pratique de la médecine générale au Québec.

Finalement, dans la dernière partie qui traite de la rémunération des médecins de première ligne, la FMOQ explique que, tout comme le CMQ, elle croit qu'une révision importante des modes de rémunération des médecins omnipraticiens s'impose. Elle précise toutefois que la capitation, comme le propose le CMQ, n'est pas la meilleure solution à envisager pour remplacer l'enveloppe monétaire fermée¹². Selon la FMOQ, la rémunération à capitation vise la fidélisation des clientèles ; cette fidélisation serait plutôt fonction, en fait, de l'attitude et de la volonté d'un patient et de son médecin, elle ne dépendrait pas du fait de rédiger un contrat entre le médecin et son patient, ni d'un mode de rémunération, ni d'un mécanisme d'inscription de la clientèle.

¹² La FMOQ semble écrire qu'il y a incompatibilité entre capitation et enveloppe fermée. Tel n'est pas le cas selon les experts.

De ce deuxième document, nous retenons que la FMOQ croit qu'il faut revoir l'organisation des services médicaux dans le but de conserver la qualité et l'efficacité du système de soins tout en conservant les acquis de ce système. Elle dénonce la proposition de hiérarchisation des soins du CMQ ainsi que sa proposition d'inscription des clientèles auprès des omnipraticiens, en stipulant que ce modèle n'est pas adapté à la pratique de la médecine générale québécoise. Finalement, elle affirme que la fidélisation de la clientèle dépend, d'une part, de l'attitude et de la capacité du citoyen et, d'autre part, de celles de son médecin et non de mécanismes organisationnels. Voyons maintenant ce que nous pouvons comprendre de ces deux textes.

Nous avons repéré deux sujets qui semblent servir de leitmotif aux auteurs. Le premier traite de la place que détiennent actuellement les omnipraticiens dans le système de soins québécois et de leurs acquis. Le deuxième touche plutôt la participation de ces médecins à la prise de décisions portant sur la réorganisation de ce système.

Selon la FMOQ, les médecins omnipraticiens jouent aussi un rôle important en deuxième et troisième lignes de service même s'ils sont principalement des fournisseurs de soins de première ligne et même s'ils doivent être considérés comme la porte d'entrée dans l'organisation des services. Or, la proposition du CMQ qui tendrait à confiner ces médecins à la première ligne, semble reçue par la FMOQ comme une menace à l'ampleur de la juridiction attribuée à l'omnipraticien. De plus, étant donné que les omnipraticiens auraient contribué à l'amélioration de l'état de santé de la population québécoise, la FMOQ en déduit que la structure de soins existante devrait être conservée. Ainsi, les médecins omnipraticiens doivent continuer d'oeuvrer non seulement en première ligne, mais à tous les niveaux de soins tout en préservant le rôle de porte d'entrée dans l'organisation des services médicaux. Autrement dit, le système de soins au Québec est actuellement en période de transition, et la FMOQ tente de conserver les acquis du système (ou des omnipraticiens).

Nous faisons référence au terme d'«acquis» en pensant, par exemple, au fait que dans les années 1970, pour faire accepter l'assurance-maladie au corps médical, le gouvernement

a accepté le principe d'une rémunération unique d'un acte donné, et que cet acte soit posé par un omnipraticien ou par un spécialiste. En outre, le terme d'«acquis» fait aussi référence à la place octroyée aux omnipraticiens par rapport à celle des spécialistes dans le système de soins (comme nous en avons discuté au premier point du chapitre premier). Finalement, ce terme fait aussi référence à la structure actuelle du système de soins, c'est-à-dire à la possibilité pour les médecins omnipraticiens d'oeuvrer en deuxième et troisième lignes. Les «acquis» sont donc de l'ordre de la rémunération, de la proportion des omnipraticiens par rapport aux spécialistes et des aires de juridiction des omnipraticiens.

Afin de convaincre que l'omnipraticien a sa place en deuxième et troisième lignes, ces auteurs expliquent que

[...] certaines clientèles nécessitent les services de médecins omnipraticiens sans être «en première ligne»: c'est le cas dans les CHSLD et dans des services hospitaliers comme les soins palliatifs ou les soins psychiâtriques (Analyse, p. 4).

La formation de ce médecin est aussi utilisée en guise de justification: *la formation de l'omnipraticien l'habilite à exercer adéquatement en première ligne, mais aussi à l'hôpital (Analyse, p. 4).* La localisation et les besoins de la clientèle, le lieu d'exercice de certains omnipraticiens ainsi que leur formation sont donc utilisés comme arguments en faveur d'une non restriction des activités des omnipraticiens aux services de première ligne. Mais conserver les acquis n'est pas tout, encore faut-il que les omnipraticiens participent aux décisions qui les concernent.

Selon la FMOQ, les transformations amorcées par le MSSS, les Régies régionales et les établissements seraient *inévitable[s] pour s'adapter aux nouvelles réalités de la société québécoise (Réorganisation, p. 9).* C'est pour accompagner cette réorganisation que les omnipraticiens veulent revoir la dispensation de leurs services. Autrement dit, la FMOQ propose une réorganisation des services de première ligne au nom des *nouvelles réalités de la société québécoise.*

Pour y parvenir, elle s'est dotée de trois objectifs au niveau régional et a établi des conditions pour les réaliser, comme nous l'avons mentionné plus haut. Dans le but de concrétiser ces objectifs, la FMOQ a proposé la mise sur pied d'un Département régional de médecine générale¹³ (DRMG) qui est *un véritable projet d'omnipraticque* (Réorganisation, p. 1). Voyons d'un peu plus près ce Département régional de médecine générale afin de mieux comprendre la position de cet acteur.

Le DRMG serait un département composé de tous les omnipraticiens d'une région donnée, qui oeuvrent dans le cadre du régime d'assurance-maladie du Québec, et ce, peu importe leur mode de pratique. Il couvrira le même territoire que celui de la Régie régionale, et des unités territoriales (par territoire de MRC, CLSC etc.) seront également créées pour exercer les responsabilités déléguées localement par le DRMG. Le mandat de ce Département comporte neuf points mais nous souhaitons simplement attirer l'attention sur quelques-uns qui nous semblent importants. Entre autres, le Département doit: proposer, assurer la mise en place et gérer un plan régional d'effectifs en médecine générale; proposer, assurer la mise en place et gérer le plan régional d'organisation des services de soins de première ligne; faire des recommandations quant aux activités médicales particulières; élaborer, assurer la mise en place et coordonner un réseau d'accessibilité aux soins médicaux généraux; proposer et assurer la réalisation des services et des programmes prioritaires de première ligne; donner son avis sur tout projet de la Régie régionale en ce qui a trait aux soins médicaux généraux, etc.

¹³ Au moment d'écrire ce chapitre, les positions connues face à la création de ce Département sont celles de la Fédération des infirmières et infirmiers du Québec (FIIQ), de l'Association des hôpitaux du Québec (AHQ), de la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) et de l'Association des CLSC qui se sont toutes prononcées contre ce projet en indiquant qu'elles s'opposent à l'ajout d'une nouvelle structure médicale. Les acteurs qui se sont prononcés en faveur de ce Département sont le Collège des médecins du Québec et la Conférence des régies régionales. Nous sommes en mesure de constater, comme au premier chapitre de ce mémoire, que ce DRMG est l'objet d'une grande controverse et qu'il s'agit d'un enjeu brûlant au moment d'écrire ce chapitre (octobre 1998).

Ces Départements seraient une sorte de transposition des modes de fonctionnement propres aux hôpitaux vers l'extérieur des milieux hospitaliers. En effet, des Départements existent déjà à l'hôpital. Nous pouvons faire l'hypothèse que la FMOQ désire reproduire cette structure en dehors des hôpitaux et l'étendre même aux cabinets privés. Il est d'ailleurs symptomatique que le mot «département» soit utilisé pour désigner cette structure, ce mot étant déjà usuel dans le monde hospitalier. Nous pouvons alors nous demander de quel ensemble cette structure pourrait être un sous-ensemble, sachant qu'un département hospitalier est un sous-ensemble d'un hôpital.

La FMOQ dit partager avec la Régie régionale un grand nombre d'objectifs. C'est pourquoi le rattachement du DRMG à la structure organisationnelle de la Régie régionale serait souhaitable. De manière plus précise, la FMOQ propose que le chef du Département siège d'office au Conseil d'administration de la Régie régionale et qu'il relève de ce Conseil.

Comme nous l'avons mentionné plus haut, c'est la Commission médicale régionale (CMR) qui constitue actuellement l'interface entre les médecins et la Régie régionale. La FMOQ juge cependant que *L'étendue du mandat de la CMR, le caractère consultatif de ses avis, (et) sa composition la rendent toutefois inappropriée pour atteindre l'ensemble des objectifs poursuivis par les omnipraticiens.* (Réorganisation, p. 12) C'est pourquoi elle propose que le DRMG agisse à titre de mandataire du Conseil d'administration de la Régie régionale et soit imputable devant ce Conseil.

En d'autres termes, étant donné que la CMR est composée tant de médecins spécialistes que de médecins omnipraticiens, elle ne peut considérer les intérêts de ces derniers de manière particulière, et, par conséquent, elle ne peut être utilisée par ces derniers pour conserver les acquis des omnipraticiens. Une structure strictement composée d'omnipraticiens et directement imputable devant la Régie régionale semblerait un instrument plus approprié aux yeux de la FMOQ. C'est pour ces raisons, croyons-nous, que la FMOQ désire une interface Régie régionale/omnipraticiens, indépendante de la CMR.

En conclusion, il est clair que le système de soins est actuellement en période de transition. Des propositions ont été soumises, mais les modèles présentés ne sont pas adaptés à la pratique de la médecine générale québécoise, selon ce locuteur. La FMOQ entérine l'idée de restructurer le système de soins et elle entend y participer, d'une part, pour soumettre sa propre vision de ce que devrait être la réorganisation des services et des soins de première ligne, d'autre part, pour ne pas se voir imposer des structures organisationnelles où l'ampleur de sa juridiction pourrait être menacée. Autrement dit, elle veut conserver les «acquis» et organiser elle-même la distribution des services médicaux généraux. C'est pourquoi, à notre avis, elle s'est empressée de publier la proposition de mise sur pied du Département régional de médecine générale.

Quant à nous, nous trouvons intéressant le fait que la proposition du DRMG, publiée en 1997 par la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, ait été étudiée dès février 1998 en Commission parlementaire des Affaires sociales et ait même fait l'objet d'un projet de loi¹⁴. Rien n'a été fait du point de vue législatif quant à la proposition de hiérarchisation des soins publiée par le Conseil médical du Québec en 1995, alors que le rôle de ce Conseil est de conseiller le ministre de la Santé.

Autrement dit, nous trouvons remarquable que l'instance chargée de donner des avis au ministre de la Santé (CMQ) ait proposé une nouvelle structure organisationnelle, qui, bien qu'elle ait créé beaucoup de remous, comme nous l'avons constaté dans ce mémoire, n'a cependant été l'objet d'aucun suivi législatif. Par contre, la proposition de la FMOQ, une instance dont le rôle est de protéger les intérêts des omnipraticiens, fait partie intégrante d'un projet de loi l'année même de sa publication.

Nous croyons que les services de santé en médecine générale et leurs prestataires, à savoir les omnipraticiens, occupent non seulement une place prépondérante dans le système de soins québécois, comme nous l'indiquons dans notre premier chapitre, mais que

¹⁴ Art. 129 du projet de loi no 404, (1997): Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives.

ces médecins bénéficient également d'un poids politique important: seule la FMOQ a réussi à obtenir un changement législatif aussi rapidement¹⁵.

4.3 LE CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC (CMQ)

Le Conseil médical du Québec (CMQ) a pour mandat d'analyser l'organisation et la prestation des services médicaux afin d'améliorer l'efficacité et l'efficacé du système de soins. Il a aussi pour mandat de fournir des avis au ministre de la Santé sur les questions relatives aux services médicaux tout en tenant compte de trois aspects importants, soit l'évolution des coûts des services médicaux, les besoins de la population et sa capacité de payer. (CMQ, 1996, Introduction)

Cet acteur a proposé la hiérarchisation des soins médicaux au Québec, dans un document de 61 pages daté de juin 1995 intitulé Avis sur une nouvelle dynamique organisationnelle à implanter. La hiérarchisation des services médicaux. Cette proposition a suscité plusieurs réactions de la part d'acteurs importants dans le domaine de la santé au Québec.

Pour savoir si le CMQ maintenait sa position à la suite des réactions controversées que ce document a suscitées, nous avons aussi analysé Vue d'ensemble des propositions du Conseil médical du Québec pour l'édification d'un système efficace de soins de santé et de services médicaux¹⁶, un document de 38 pages publié en juin 1996, donc un an après le

¹⁵ Notons que le Conseil d'administration de la Régie régionale des Laurentides a déjà adopté, à l'unanimité en 1997, la proposition de la mise sur pied d'une Commission infirmière régionale. Cette commission n'a jamais réussi à être reconnue de manière officielle ni à être inscrite dans le projet de loi 404. (FIIQ, 1998, p. 21)

¹⁶ Nous avons utilisé ce document pour compléter notre analyse de contenu et notre grille de lecture mais nous ne fournissons pas de résumé de ce document ici puisqu'il reprend, pour la plupart, les mêmes thèmes, contient le même discours que le premier document et en cite textuellement plusieurs pages.

précédent. Nous avons constaté que le CMQ maintenait toujours sa position. Avant de présenter le document de 1995, nous allons voir comment le CMQ tente, en 1996, de rallier les critiques autour de sa position.

Quelle stratégie cet acteur utilise-t-il pour faire adhérer à sa position les acteurs récalcitrants, en l'occurrence les médecins? Nous croyons que c'est en se définissant comme l'allié des médecins que le CMQ tente de vaincre les résistances. (CMQ, 1996)

En effet, tout d'abord, conscient qu'il représente l'instance qui fournit au ministre les avis sur les questions relatives aux services médicaux, le CMQ débute son exposé en expliquant que *le système public de soins et de santé au Québec a été le théâtre du développement d'une relation particulièrement harmonieuse entre l'État et le corps médical malgré un départ assez difficile.* (CMQ, 1996, introduction) Il indique aussi que, bien qu'il ne soit pas le premier à constater des effets pervers présents dans le système de soins, il est le seul à pouvoir examiner ce système sous l'angle médical

Rajeunissement, ajustements et changements lui [CMQ] paraissaient nécessaires compte tenu des ratés, des blocages et des dérives dans le système. Le Conseil n'était pas le premier à constater ces phénomènes, mais il était le seul à pouvoir le faire à travers la lunette médicale. (ibid, introduction)

Les auteurs mentionnent également que c'est en réponse à la demande des médecins que le CMQ a été créé par l'État. Ils indiquent aussi que selon la Loi constitutive du Conseil médical du Québec, celui-ci doit être composé de quinze membres dont au moins la moitié doivent être des médecins. Le Conseil compte quinze membres dont dix médecins, deux étudiants en médecine, une infirmière, un administrateur et une pharmacienne, et ce, malgré le fait que la Loi n'exige que sept ou huit médecins¹⁷. Le CMQ prend donc soin d'indiquer que les médecins sont très bien représentés en son sein.

¹⁷ En 1995, il y avait quatorze membres ayant droit de vote dont dix médecins, deux étudiants en médecine, une infirmière et un administrateur.

Cet acteur tente donc de convaincre ses interlocuteurs médecins du bien-fondé de sa proposition. D'une part, il indique clairement que les rapports entre les médecins et l'État peuvent être qualifiés de très bons, ou plus exactement: *d'innovateurs, d'enrichissants, de fructueux et, pour tout dire, d'assez uniques dans les annales de la pratique médicale au Canada.* (CMQ, 1996, introduction) D'autre part, il mentionne que les membres de ce Conseil sont des collègues médecins pour la plupart et que c'est pour eux et à leur demande que le CMQ a été créé.

Maintenant que nous avons établi que le CMQ maintient sa position et qu'il tente de convaincre les opposants à sa proposition de hiérarchisation des soins en se définissant comme un allié, examinons le document de 1995, qui est composé de cinq parties, afin de comprendre ce qui a amené le Conseil à proposer cette *nouvelle dynamique organisationnelle*.

Dans un premier temps, le CMQ dresse un portrait du contexte de l'exercice de la médecine. Il traite des médecins, qu'il qualifie de professionnels autonomes principalement rémunérés à l'acte; il examine également leur effectif, qui est en augmentation constante et significative (précisément, l'effectif des omnipraticiens se serait amélioré depuis les dernières années, alors que celui des spécialistes serait toujours problématique); il parle aussi des services médicaux offerts au Québec, et principalement des modes de pratique et des lieux de dispensation des soins en indiquant quelques problèmes reliés à la liberté totale de la population et à la trop grande liberté des médecins. Nous reviendrons sur ce point.

Dans la deuxième partie, afin d'évaluer la situation des services médicaux au Québec, le locuteur aborde les effets des changements effectués depuis la mise sur pied du système de soins dans les années 1970, et ce, dans trois domaines particuliers: la pratique des médecins, les services à la population et les coûts du système.

Au plan de la pratique des médecins, le Conseil indique que les médecins ont conservé, au fil de ces changements, leur autonomie thérapeutique, c'est-à-dire la possibilité

de déterminer les méthodes d'investigation, de prescrire les traitements appropriés ainsi que de choisir les modes de prestation. Par ailleurs, les auteurs indiquent que c'est au chapitre des manières d'exercer la médecine qu'il y a eu le plus de changements.

En effet, puisque la médecine semble devenir de plus en plus concurrentielle et technique, les médecins opéreraient pour une pratique de moins en moins exigeante, assumeraient difficilement leurs obligations collectives et prendraient en charge les problèmes d'ordre psychosocial. Le Conseil fait état aussi de plusieurs autres points négatifs dont, entre autres, la perte de responsabilité et la référence trop hâtive des patients aux spécialistes.

Les services à la population sont le deuxième domaine étudié par le CMQ et font l'objet de critiques sévères. Par exemple, le Conseil constate une précarité de l'accessibilité, un manque de continuité des services, un manque d'intégration et de coordination des soins ainsi qu'une mauvaise utilisation des services médicaux par la population.

Finalement, au chapitre de l'évolution des coûts des services médicaux, le CMQ écrit que ces derniers ont connu une augmentation de 114,6 % en dix ans et fournit les explications suivantes:

Force nous [le Conseil] est de constater que les caractéristiques de l'organisation actuelle des services médicaux, soit:

- *une forte densité médicale;*
- *un mode de rémunération principalement à l'acte*
- *et une liberté totale d'accès aux services médicaux*

ne sont pas étrangères à ce résultat, car leur combinaison peut être jugée fortement inflationniste. (CMQ, 1995, p. 26).

Le CMQ identifie trois facteurs comme responsables des coûts élevés du système de soins. Nous verrons plus loin comment la proposition de hiérarchisation des soins tente de régler ce problème d'augmentation des coûts des services médicaux.

La troisième partie du document, intitulée *Les défis des prochaines années*, présente six facteurs susceptibles de mettre à l'épreuve l'organisation des soins et de la pousser à une

transformation. Il s'agit: de l'augmentation de la demande de services, due en partie au vieillissement de la population; de la réalité multiethnique du Québec; de l'avancement technologique qui amène de nouvelles façons de pratiquer; des questions d'ordre éthique auxquelles les médecins sont de plus en plus confrontés; de la féminisation de la profession qui a un impact important sur la pratique médicale; de la limite de la capacité d'intervention de l'État à cause de ses problèmes financiers.

Le CMQ indique qu'étant donné que rien ne laisse présager une amélioration de la situation financière de l'État, celui-ci ne pourra pas, par conséquent, ajouter de ressources dans le système pour répondre à ces défis. Or, selon les auteurs, les autres acteurs du système peuvent agir, en l'occurrence les professionnels de la santé et les citoyens, qui font l'objet de la quatrième partie du document, la *nouvelle dynamique organisationnelle*.

Compte tenu des caractéristiques de l'organisation actuelle des services médicaux (une couverture universelle, une prise en charge des services médicalement requis, un nombre suffisant de médecins et la grande liberté dont jouissent la population et les médecins face aux services de santé), le Conseil médical du Québec explique que des effets pervers et des tendances néfastes ont émergé.

Le Conseil identifie les effets pervers comme la précarité de l'accessibilité, la non-réalisation de la continuité des services et le manque d'intégration des besoins de la clientèle et de la coordination des soins. Quant aux tendances néfastes, le CMQ indique l'utilisation non optimale des ressources, par exemple, l'utilisation de spécialistes pour des services de base et l'utilisation discutable des ressources tels que l'indiquent la multiplication des examens, le recours aux ressources lourdes plutôt que légères, etc. Ces tendances auraient pour effet d'augmenter les coûts des services et des besoins en médecins et auraient des impacts négatifs sur la santé des citoyens¹⁸.

¹⁸ Nous sommes consciente que nous avons déjà fait état de ces constats, nous ne les reproduisons que pour démontrer l'importance que leur accorde le CMQ.

Dans le but déclaré de conserver les caractéristiques du système, d'atteindre les objectifs de la *Politique de la santé et du bien-être* et de rencontrer les *défis des prochaines années* (CMQ, 1995, p. 32), le CMQ propose une nouvelle dynamique organisationnelle.

En effet, selon le CMQ, le système de l'avenir devra responsabiliser davantage les acteurs, les inciter à une action concertée et coordonnée et favoriser une utilisation optimale des ressources. Pour ce faire, il propose de recentrer le rôle des généralistes et des spécialistes en instaurant une nouvelle organisation des services. Les recommandations du CMQ quant au rôle de l'omnipraticien et à celui du spécialiste peuvent être brièvement résumées comme suit: le rôle de l'omnipraticien doit être consolidé autour du concept de médecine familiale, c'est-à-dire qu'il doit être responsable du maintien de la santé de ses patients, être le pivot de la prise en charge et être responsable de l'orientation et du suivi des patients. Le rôle du spécialiste, quant à lui, complète celui des omnipraticiens: il est à la fois un consultant et un agent de soutien professionnel pour les médecins de première ligne.

Une présentation des caractéristiques des services, des lieux de dispensation des soins ainsi que des modes de dispensation des soins est offerte en conformité avec ces définitions de rôles. Nous nous contentons toutefois d'examiner les caractéristiques attribuées par le CMQ à la première ligne puisqu'elle est principalement desservie par les médecins omnipraticiens.

Les caractéristiques utilisées pour définir la première ligne de services sont l'accessibilité, la globalité, la continuité et l'homogénéité. Même si plusieurs professionnels de la santé peuvent dispenser des services de première ligne¹⁹, c'est aux médecins que revient la majorité des responsabilités de cette ligne, selon le CMQ.

Parmi ces professionnels, le médecin est dans une position stratégique pour intégrer l'ensemble des besoins des personnes et assurer la continuité des soins. Généralistes polyvalents, les omnipraticiens sont les mieux outillés pour assurer ce rôle d'intégrateur en première ligne. (Ibid, p. 34)

¹⁹ Voir le premier chapitre pour la liste de ces professionnels.

Toutefois, le Conseil note que les médecins omnipraticiens qui oeuvrent en psychiatrie ou en gériatrie, par exemple, ne peuvent être considérés comme des médecins de première ligne, car ils oeuvrent dans un secteur particulier de la médecine et, par conséquent, ne peuvent assumer ce rôle d'intégrateur de première ligne.

Par ailleurs, dans le but d'assurer l'accessibilité aux services de première ligne 24h/24h et sept jours par semaine, le Conseil propose que les médecins pratiquent en groupe et qu'ils offrent un réseau intégré d'accès aux soins courants et un réseau de garde intégré pour les services d'urgence. Il propose également que l'accès aux services de deuxième ligne se fasse sur référence par les médecins de première ligne et par certains professionnels seulement. C'est ce passage obligatoire par la première ligne pour accéder à la deuxième et à la troisième ligne que le Conseil médical du Québec appelle la hiérarchisation des soins.

Dans la cinquième partie du document, le CMQ présente des stratégies d'implantation et fait plusieurs recommandations. Nous énumérons quelques-unes de ces recommandations qui nous semblent particulièrement importantes, étant donné les réactions qu'elles ont suscitées. Premièrement, le Conseil recommande de revoir la formation des omnipraticiens et d'examiner l'éducation médicale continue présentement offerte afin que ces médecins soient en mesure d'assumer leurs nouveaux rôles. Il recommande aussi de revoir les modes de rémunération des médecins et propose de les rémunérer sur la base de la prise en charge d'une clientèle. Les citoyens devront s'inscrire soit auprès d'un groupe de médecins (par exemple, en clinique privée), soit auprès d'une organisation de première ligne (comme les CLSC, par exemple) ou auprès d'une organisation médicale territoriale (non définie). Les médecins seront payés en fonction du nombre de personnes qui figurent sur leur liste. Autrement dit, ils seraient payés *per capita*.

Finalement, le Conseil recommande que chaque citoyen se choisisse un médecin et l'organisation médicale où il veut s'inscrire et, s'il n'est pas satisfait des services reçus, qu'il puisse changer de médecin ou de groupe de médecins. Dans ce cas, le médecin perd un

client sur sa liste et voit sa rémunération diminuer en conséquence. C'est ce que le CMQ considère comme *l'argent suit le patient* (Ibid, p. 45).

À la lecture de ce bref aperçu, nous sommes en mesure de constater que le CMQ fonde sa proposition de hiérarchisation des soins sur l'examen de trois temps: le présent, en examinant le contexte actuel de l'exercice de la médecine; le passé, en regardant les effets des changements introduits dans le système dans les années 1970; le futur, en repérant les défis à relever pour les prochaines années.

Du temps présent, nous retenons que les médecins, tout comme la population, bénéficient de grandes libertés, libertés qui ont occasionné plusieurs lacunes au sein du système de soins. Afin de résoudre ces problèmes, le Conseil propose au gouvernement de limiter cette liberté en recentrant le rôle des acteurs clés oeuvrant dans le système, sans toutefois remettre en question la notion de liberté thérapeutique et de liberté de choix pour le patient.

L'étude des effets des changements du passé, nous apprend, d'une part, que les changements apportés au système de soins depuis sa mise sur pied en 1970 ont eu des effets négatifs sur la pratique des médecins, sur les services à la population et sur l'augmentation incessante des coûts reliés aux services médicaux et, d'autre part, que le gouvernement ne peut intervenir que partiellement étant donné les problèmes budgétaires auxquels il doit faire face.

L'avenir réserve des défis de taille que le gouvernement ne pourra sans doute relever faute des ressources financières nécessaires. Selon le Conseil, à défaut de mettre des ressources additionnelles, il faut mettre à contribution les acteurs présents du système de soins, soit les professionnels de la santé et la population. Entre autres, recentrer le rôle de l'omnipraticien et du spécialiste, revoir les modes de pratique des médecins, les modes de dispensation des soins et les modes de rémunération sont des recommandations qui font partie de la proposition du Conseil médical du Québec.

Conscient qu'il est perçu comme le conseiller du gouvernement et que sa proposition d'implanter une *nouvelle dynamique organisationnelle* ne fait pas l'unanimité, particulièrement chez les médecins, le Conseil prend soin, dans un deuxième document, de se définir comme l'allié de ces derniers.

Finalement, les arguments qui amènent le CMQ à proposer cette *nouvelle dynamique organisationnelle* reposent sur l'identification des problèmes, des dérives et des effets pervers du passé, des contraintes du présent et des défis du futur. Cette nouvelle dynamique se justifie de trois manières: conserver les caractéristiques fondamentales du système (passé), atteindre les objectifs de *La politique de la santé et du bien-être* (présent) et relever les défis des prochaines années (futur).

4.4 LES PROFESSEURS/CHERCHEURS

Le document analysé est un article de périodique de six pages paru dans la section «documentation» de la revue mensuelle de la FMOQ, *Le Médecin du Québec*, numéro de mai 1996, et intitulé Le rôle central du médecin de famille dans la réforme de la santé au Québec. Il a été écrit par les directeurs des quatre départements universitaires de médecine familiale existant au Québec. Trois des quatre auteurs sont des hommes et appartiennent à des universités francophones, alors que la quatrième auteure oeuvre dans une université anglophone.

Selon les auteurs, les gouvernements fédéral et provincial procédaient, en 1995, à l'étude et à la mise en place de changements importants dans le système de soins, qui devaient se concrétiser dans toutes les régions du pays et tenir compte des besoins locaux. Ainsi, la Régie régionale de Montréal a publié trois documents illustrant la philosophie, les stratégies et les recommandations à adopter. C'est à cette réforme que les auteurs font référence dans ce document.

Le texte est divisé en cinq parties. Nous proposons, dans un premier temps, de regarder plus en détail chacune des parties de ce texte, puis nous analysons, dans un deuxième temps, le discours de ce locuteur et nous examinons comment il se définit comme locuteur pertinent pour définir le rôle et la place de l'omnipraticque au Québec.

De quoi parle ce document? Dans la première partie, les auteurs examinent six problèmes de notre système de soins et en identifient les causes. Dans la deuxième partie, les auteurs énumèrent les trois cibles principales des réformes en général, les priorités à retenir pour la restructuration en cours et indiquent comment atteindre les objectifs fixés. La troisième partie consiste à définir la médecine familiale dans le «nouveau» système de soins, alors que la quatrième partie sert de légitimateur efficace aux auteurs, c'est-à-dire qu'elle sert à convaincre le lecteur que les auteurs sont des locuteurs pertinents pour définir le rôle du médecin de famille dans la présente réforme de la santé au Québec. Finalement, les auteurs proposent, en cinquième lieu, des pistes de solution pour chacun des six problèmes du système de soins québécois identifiés dans la première partie.

Dans le but de mieux connaître le discours de ce locuteur, examinons une à une les parties de ce document. Six points sont identifiés comme l'objet de critiques du système de soins : 1) il y aurait un accès insuffisant et inefficace aux services, accès qui, selon les auteurs, ne serait pas facilité à l'ensemble de la population à cause de:

La structure déficiente du système de santé, le manque d'intégration et de concertation entre les différents intervenants et services disponibles, la répartition inappropriée des ressources ainsi que le mode prépondérant de rémunération des médecins (p. 87).

2) il serait aussi difficile d'identifier les responsabilités et, donc, de pratiquer l'imputabilité, parce que les frontières de responsabilités ne sont claires ni pour les médecins ni pour les patients et qu'il n'y a pas de communication satisfaisante entre les médecins; 3) il existerait une certaine déficience dans la coordination des soins, qui est causée par le manque d'intégration du réseau et la pratique en solo; 4) il y aurait un manque d'orientation communautaire, dû au fait que le système de soins concentre ses efforts sur les soins offerts

dans les hôpitaux et, par conséquent, délaisse le contexte de vie du patient; 5) un accent trop faible serait placé sur la promotion de la santé et la prévention des maladies; 6) le coût des services de santé serait trop élevé.

Nous pouvons donc constater que les problèmes répertoriés, selon ces auteurs, se rapportent en majeure partie à la structure du système de soins et aux dispensateurs de soins. Nous verrons plus loin que les solutions offertes à ces problèmes impliquent directement les médecins de famille ou leurs formateurs.

La deuxième partie du texte traite des trois cibles des réformes en général: l'amélioration de la santé des clientèles à risque et la promotion de la santé et de la prévention des maladies; l'augmentation de l'efficacité des soins qui repose sur une réponse optimale aux besoins de santé ; l'amélioration de la qualité des soins qui dépendrait d'une approche globale incluant l'humanisation et la personnalisation des soins en même temps qu'une amélioration de l'accessibilité. Selon les auteurs, c'est en créant un système efficace, autrement dit un meilleur équilibre entre «coûts et bénéfices», que ces objectifs peuvent être atteints.

La réforme en cours viserait à mettre l'accent sur les soins donnés sur une base ambulatoire plutôt qu'à l'hôpital, c'est-à-dire plus près des gens et à un meilleur coût; elle améliorerait aussi l'accessibilité et développerait des activités de promotion de la santé. Dans le but d'atteindre ces objectifs, des propositions ont été émises et font de la première ligne le coeur du système de soins. En d'autres termes, le gouvernement s'assure que les soins appropriés sont donnés sur une base ambulatoire, que toute la population ait accès à des services de première ligne 24 heures sur 24, et que la continuité des soins et la promotion de la santé est préservée.

Selon les auteurs, ces projets seraient toutefois trop discrets quant au rôle du médecin de famille. En effet, ce dernier devrait assurer l'intégration des soins et des services et devrait s'occuper de la coordination entre les institutions et les différents professionnels.

Il devrait donc pouvoir exercer le leadership efficace que nécessite la nouvelle approche de soins et de services de santé.

Dans la troisième partie, intitulée *Les médecins de famille et le «nouveau» système de soins de santé*, les auteurs indiquent que les cinq composantes fondamentales de la médecine familiale (l'accessibilité, la responsabilité, la globalité, la continuité et la coordination) répondent aux problèmes du système de soins. Ils signalent également qu'il faut inciter les patients à choisir, à identifier et à utiliser leur médecin de famille, et que ces derniers sont bien placés pour jouer un rôle central dans le nouveau modèle de soins de première ligne proposé au Québec²⁰.

La quatrième partie sert de légitimation aux auteurs en tant que locuteur pertinent. En effet, la formation donnée aux futurs médecins de famille se déroule, en grande partie, dans les Unités de médecine familiale (UMF). Ces unités sont situées dans des cabinets privés, dans des CLSC et dans des unités de médecine familiale rattachées à un hôpital. Selon les auteurs, les enseignants qui travaillent dans ces UMF sont déjà engagés dans les activités de promotion de la santé, de prévention ou autres et, par conséquent, devraient pouvoir jouer un rôle significatif dans la réorganisation en cours:

La plupart des enseignants qui travaillent dans les UMF sont déjà très engagés dans le développement de plusieurs des activités mentionnées ci-dessus. Ils devraient donc, en concertation avec les directions des départements universitaires de médecine familiale, pouvoir jouer un rôle clef dans les réformes en cours et être des agents de changement efficaces et pertinents (p. 90).

Autrement dit, étant déjà sur le front des changements à venir, les enseignants sont d'autant mieux placés pour occuper une place importante dans la réorganisation du système de soins et de services de santé. En outre, étant donné que les décideurs désirent octroyer plus de responsabilités aux médecins de première ligne, les médecins professeurs pourraient

²⁰ Bien que cette proposition ne soit pas explicitement identifiée par les auteurs, nous croyons qu'ils font référence à la proposition de hiérarchisation des soins publiée par le Conseil médical du Québec.

être des leaders dans la définition du fonctionnement et de la composition des équipes de médecine familiale et multidisciplinaires ainsi que dans la conception de l'organisation de l'offre de soins et de services. Nous reviendrons sur ce point lorsque nous analyserons plus en détail en quoi ces locuteurs se disent pertinents pour définir le rôle et la place de l'omnipraticien dans le système de soins québécois.

Enfin, dans la cinquième et dernière partie de ce document, les auteurs offrent des pistes de solutions aux problèmes énumérés au premier point. Celles-ci comprennent, d'une part, l'attribution du rôle de soignant principal au médecin de famille, incluant la responsabilité de coordination des soins et d'accessibilité aux soins. D'autre part, les départements universitaires de médecine familiale devront pouvoir participer aux efforts visant à dégager de nouvelles pistes de solutions, alors que les professeurs devront pouvoir exercer un solide leadership dans la réorganisation. Finalement, les Unités de médecine familiale devraient être le modèle d'une distribution pertinente et appropriée des soins de première ligne.

En résumé, nous retenons que les auteurs parlent des changements dans le système de soins qu'ont mis en oeuvre les gouvernements canadien et québécois. Ces changements visent à promouvoir les soins globaux, personnalisés, efficaces et orientés vers les besoins de la population. Les médecins de famille sont perçus comme les soignants idéaux pouvant jouer un rôle central dans le nouveau modèle de soins de première ligne proposé au Québec. Finalement, la responsabilité de la promotion et de la dispensation des connaissances et du développement des aptitudes nécessaires dans le contexte de la réforme en cours est celle des départements universitaires de médecine familiale et celle des Unités de médecine familiale. D'autant plus que les professeurs qui y travaillent sont ceux qui enseignent aux médecins de famille, ceux-là même qu'on veut au centre du système de soins. Maintenant que nous avons établi de quoi parlent ces auteurs, analysons ce qu'ils disent.

Tel que nous pouvons le constater, les termes qui semblent être des leitmotivs sont d'abord ceux qui accentuent le rôle central du médecin de famille dans la distribution des

soins, mais aussi ceux qui peuvent établir le rôle et la place des médecins enseignant la médecine familiale. Ce qui a attiré notre attention lors de l'analyse de ce document, c'est que les auteurs semblent prendre appui sur les objectifs de la réforme pour se tailler une place au sein du système de soins en transformation.

En effet, ce serait dans le but de rejoindre les objectifs visés par la réforme que les auteurs proposent un modèle de santé primaire orienté vers la communauté, modèle qui, faut-il le rappeler, est déjà mis en pratique et enseigné dans les UMF où travaillent ces professeurs. C'est aussi pour que la réorganisation des soins soit une réussite que les auteurs proposent d'assumer un rôle important dans l'éducation médicale continue:

Les départements de médecine familiale doivent aussi continuer à assumer un rôle important dans l'éducation médicale continue. En effet, pour que la réforme soit un succès, les praticiens de la communauté devront acquérir les connaissances et l'habileté nécessaires pour devenir des partenaires efficaces du système (p. 90).

C'est dans le même esprit qu'ils souhaitent influencer les modèles de pratiques de leurs pairs en indiquant que leur mode de pratique (UMF) se conforme déjà aux objectifs de la réforme au Québec

À la fois par le rôle modèle qu'ils offrent dans leur pratique quotidienne et par l'élaboration d'activités d'éducation médicale continue, les enseignants en médecine familiale peuvent influencer les modèles de pratique de leurs confrères et consoeurs et ainsi favoriser des soins de santé primaires mieux intégrés et plus efficaces (p. 90).

Finalement, c'est aussi pour rencontrer les objectifs de la réforme que les auteurs proposent des changements de mode de rémunération à leurs pairs²¹:

Une méthode mixte [de rémunération] devrait permettre d'atteindre les objectifs de la réforme. Les UMF sont des lieux idéaux pour introduire, sous forme de projets pilotes, ces nouveaux modes de rémunération (p. 90).

C'est donc au nom des objectifs de la réforme que ces auteurs proposent un nouveau modèle de pratique, qu'ils proposent d'assumer un rôle important dans l'éducation médicale

²¹ N'oublions pas que ce texte a paru dans la revue mensuelle de la FMOQ, et que, par conséquent, il s'adresse particulièrement et presque exclusivement aux omnipraticiens.

continue et d'influencer les pratiques de leurs confrères et consœurs, et qu'ils recommandent des changements dans les modes de rémunération de leurs pairs.

Selon Marsden, les médecins qui enseignent représenteraient l'élite d'un corps médical, et, par conséquent, pourraient exercer une grande influence sur les décisions. Étant donné que nous désirons étudier les discours susceptibles d'exercer une influence sur le rôle et la place de l'omnipraticque dans le système de soins québécois, nous avons analysé le discours des médecins enseignants. Cela dit, voyons si ces auteurs se perçoivent comme faisant partie de l'élite du corps médical québécois.

Ces enseignants forment les futurs médecins de famille, ceux-là mêmes qu'on veut au centre de la réforme comme pilier du système et comme porte d'entrée du système. Ils seraient donc d'autant mieux placés pour être des *leaders dans la définition du fonctionnement et de la composition des équipes ainsi que dans l'organisation de l'offre de soins et de services au moyen d'un modèle de santé primaire* (p. 90) et ainsi *pouvoir jouer un rôle clef dans les réformes en cours* (p. 90). C'est donc la notion d'enseignant auprès des médecins de famille que ces auteurs semblent utiliser en guise de justification quant à la pertinence de leur opinions sur le rôle et la place de l'omnipraticque au Québec.

Étant donné que la formation en médecine familiale se déroule, en grande partie, dans des Unités de médecine familiale, les enseignants devraient *pouvoir jouer un rôle clef dans les réformes en cours et être des agents de changement efficaces et pertinents* (p. 90). Ils se perçoivent donc en position de pouvoir influencer le déroulement des réformes en cours au Québec.

A un autre chapitre, celui de la rémunération des médecins, les auteurs proposent un mode mixte et indiquent que *Les UMF sont des lieux idéaux pour introduire [...] ces nouveaux modes de rémunération. Nous nous devons d'être créatifs et innovateurs.* (p. 90). Ainsi, ces auteurs s'affichent comme pouvant piloter le changement dans un domaine aussi épineux que celui de la rémunération des médecins.

Ces formateurs pourraient servir de leaders dans un nouveau modèle de santé primaire orienté vers la communauté (p. 90). D'autant plus que *Quelques aspects de ce modèle sont déjà mis en pratique et enseignés dans les UMF. Il s'agit maintenant de continuer cette implantation et d'optimiser son enseignement auprès des résidents* (p. 90). Ils seraient donc en avance sur les réformes à venir en matière de modèle à suivre dans le domaine de la pratique médicale au Québec. De plus, comme nous l'avons mentionné plus haut, l'influence de ces formateurs peut aussi s'exercer sur les modèles de pratique de leurs pairs. Ces formateurs influenceraient donc non seulement les médecins en formation, c'est-à-dire la relève, mais aussi ceux qui sont en pratique, et ce, à travers l'éducation médicale continue.

Voyons ce qu'il en est du volet «recherche» dans leur rôle de professeurs/chercheurs. Une des solutions proposées par ces acteurs quant à l'amélioration du rapport coûts/bénéfices identifié plus haut comme l'un des objectifs des réformes, est de mettre *sur pied des activités de recherches sur le système de santé, son organisation, son fonctionnement, ses coûts en relation avec la qualité de vie des patients* (p. 91). Nous pouvons voir ici que le volet «recherche» ferait en sorte de renforcer le prestige de ces acteurs, de par la possibilité d'être sur le front de la production de nouvelles connaissances.

Nous avons été très étonnée que des professeurs puissent écrire que le contexte familial et communautaire du patient est souvent ignoré par les praticiens et que:

Les déterminants de la santé ne sont pas bien connus ni compris de la majorité des dispensateurs de soins de santé. Les besoins des gens et de la société dans son ensemble ne sont pas au centre du système de distribution des soins de santé. (p. 88).

Ces auteurs auraient donc une vision progressiste de la santé et iraient même jusqu'à admettre une différence conceptuelle entre la santé et les services de santé. Cette idée n'est pas nouvelle dans les milieux universitaires et gouvernementaux, mais elle peut apparaître quasi révolutionnaire aux yeux des praticiens sur le terrain quotidien de la clinique.

Finalement, ces auteurs perçoivent le changement planifié, c'est-à-dire les réformes introduites par les gouvernements, comme une ouverture pour améliorer et accentuer la place des omnipraticiens dans le système de soins et de services de santé au Québec:

[...] ces pressions pour des changements offrent une excellente occasion pour améliorer le fonctionnement, en première ligne, de notre système de santé et pour s'assurer que notre compétence sera réellement reconnue et utilisée (p. 93).

Encore une fois, ils se percevraient plus à l'affût (que leurs collègues praticiens) quant à l'impact potentiel des réformes dans le système de soins au Québec. En effet, nous pourrions croire que les auteurs ne sentent pas que les praticiens sont conscients de ce fait, puisqu'ils considèrent important de les en informer. N'oublions pas que la revue d'où ce texte est tiré s'adresse presque exclusivement aux médecins de famille.

En résumé, ces auteurs pourraient influencer le déroulement des réformes en cours au Québec, puisqu'ils s'affichent comme *des agents de changement efficaces et pertinents* en matière de rémunération. Ils influenceraient tant les médecins en formation que ceux en pratique, auraient la possibilité de produire des connaissances nouvelles et auraient une vision plus avant-gardiste que leurs collègues praticiens. Ces constats nous permettent d'affirmer que ces acteurs se perçoivent comme le «phare» de l'omnipratique au Québec et qu'ils se définissent comme locuteur pertinent en raison de leur position d'enseignants de la médecine familiale.

En conclusion, les auteurs énumèrent six problèmes majeurs du système de soins au Québec afin de montrer l'importance de l'omnipratique dans la solution de ces problèmes. Ils prétendent, par exemple, que les médecins de famille sont intégrés dans la communauté et sont donc en position de comprendre le contexte social et environnemental de leurs patients. Bref, tous les aspects de la médecine familiale ont été classés importants pour l'amélioration de l'organisation du système de soins, et ce, au nom des objectifs de la réforme.

Regardons maintenant ce que la grille de lecture nous permet de constater, d'une part, sur les segments au sein du corps professionnel médical et, d'autre part, sur la place de ces mêmes corps professionnels dans la division du travail sociosanitaire, selon les acteurs et les documents choisis et identifiés dans ce mémoire.

CHAPITRE V: LES CONSTATS ET LEUR ANALYSE

Nous avons constaté au chapitre deux qu'un segment est une voie conceptuelle pour l'appréhension de la diversité au sein des corps professionnels et que les différentes catégories socioprofessionnelles du système sociosanitaire doivent être analysées comme faisant partie d'un système complexe. En d'autres termes, nous ne pouvons comprendre une occupation qu'en fonction de la place qu'elle occupe dans la division du travail par rapport aux autres fonctions. C'est ce que Abbott a défini comme une *écologie*. Ainsi, comme l'omnipratique fait partie intégrante de la division du travail sociosanitaire, sa place actuelle, tout comme sa place future, dépendent des luttes et de leur issues.

L'objet de ce mémoire était de voir si une analyse des corps professionnels en termes de segments peut aider à comprendre et à analyser une situation, et plus particulièrement le récent débat sur le rôle et la place de l'omnipraticien dans le système de soins québécois. Pour tenter de répondre à la question, nous nous sommes basée sur l'examen des positions de divers porte-parole du corps médical québécois. Nous désirions aussi voir quelles stratégies -- s'il y en a -- sont utilisées par les différents porte-parole pour revendiquer une juridiction sur des aires de travail ou, le cas échéant, pour élargir cette juridiction.

Dans ce dernier chapitre, nous présentons les constats que nous pouvons dresser à partir des documents analysés et cherchons à en tirer des conclusions qui peuvent s'intégrer à notre cadre théorique. Les constats sont dressés autour de deux sujets principaux : ce que disent les porte-parole sur la place et le rôle de l'omnipratique et ce que ces positions nous indiquent sur l'existence ou l'absence de mouvance segmentaire au sein du corps médical québécois.

Certains thèmes abordés dans notre *Grille de présentation des données recueillies à l'aide de la grille de lecture*¹ (ci-après nommée grille de présentation des positions) peuvent nous permettre de présumer de l'existence de mouvances segmentaires relatives aux

¹ Une copie de cette grille est fournie en annexe (Annexe III).

conceptions du rôle de l'omnipratique dans la division du travail sociosanitaire. Il s'agit des numéros 10.1 à 10.4, 11, 13, 14.1 à 14.17, 15.1 à 15.5 et 19.1. Les questions 10.2 à 10.10, 11, 12, 14.1 à 14.17, 15.1 à 15.5, 16.1 et 16.2, 17.1 à 17.5, 20, 21 et 22 servent, quant à elles, à connaître la place implicite octroyée aux omnipraticiens par rapport aux autres acteurs du système de soins.

Finalement, la plupart des autres questions comprises dans la grille de présentation des positions fournissent une vue d'ensemble sur les positions des différents locuteurs sur ce sujet. Elles précisent, en l'occurrence, leur vision du système de soins, leur manière de se représenter le travail des acteurs du système de soins, leur conception de la santé, leur façon de se définir et d'asseoir leurs positions ou leurs propositions... Autant de sujets qui ont été spécifiquement couverts au chapitre quatre. Nous nous concentrons donc, pour l'instant, sur les questions qui traitent du rôle et de la place de l'omnipratique dans la division du travail sociosanitaire.

5.1 LES POSITIONS DES PORTE-PAROLE SUR LA PLACE ET LE RÔLE DE L'OMNIPRATIQUE DANS LE SYSTÈME DE SOINS

Suite à la lecture de Abbott (1988), nous savons qu'un corps professionnel ne peut se comprendre ni être analysé autrement que dans un ensemble plus large appelé «division du travail» et que c'est suite aux stratégies d'exclusion et aux négociations qui se rapportent aux juridictions que la profession médicale s'est constituée et a conservé des aires de travail. Cela dit, regardons quelle place et quel rôle les locuteurs choisis et identifiés dans ce mémoire allouent aux acteurs oeuvrant dans le système de soins québécois afin d'y déceler la place implicite et explicite de l'omnipratique. Rappelons que quand un locuteur définit la place d'un acteur dans le système de soins, il définit implicitement la place des autres.

Cette définition relève de l'implicite dans ce sens que le chercheur doit analyser plus en profondeur la conception du locuteur sur le système de soins, c'est-à-dire l'organisation qui comprend des places pour chaque acteur y oeuvrant ainsi que des liens entre ces places. Regardons quelles conclusions nous pouvons tirer des données recueillies à l'aide de notre grille de présentation des positions à ce sujet en examinant tout d'abord pour chaque couche (ou strate) de la division du travail sociosanitaire la place explicite ou implicite allouée aux acteurs du système de soins.

Tout d'abord examinons la place du gouvernement dans ce système. Nous avons fait état du fait que cet acteur est perçu comme l'initiateur des réformes et comme celui face auquel les différents représentants du corps médical doivent faire front commun. Mais en tant que tiers payant, gestionnaire et organisateur des soins et services de santé, il a une place et un rôle important dans la division du travail sociosanitaire. Une question se pose à nous ici : quels seront la place et le rôle du gouvernement dans la gestion et l'organisation des soins et services de première ligne si les médecins omnipraticiens organisent et gèrent eux-mêmes les soins et services de première ligne? Si le projet actuel de mise sur pied du DRMG se concrétise, le gouvernement disposerait alors de peu de marge de manoeuvre dans cette ligne de service. Nous sommes donc étonnée de constater, encore une fois, que malgré le fait que la FMOQ tente de mettre le gouvernement à l'écart de l'organisation et de la gestion de la première ligne de service, la proposition de la FMOQ (le DRMG) a tout de même très rapidement fait l'objet d'un projet de loi (projet de loi 404) qui a été sanctionné le 20 juin 1998.

Pour ce qui est du citoyen, les acteurs s'accordent pour dire qu'il a une part de responsabilité dans le maintien de sa santé et qu'il devrait s'identifier ou se fidéliser à un médecin omnipraticien. En outre, le CMQ et les professeurs/chercheurs admettent qu'il abuse souvent de la liberté de consommation des soins et services ; en se présentant à l'urgence pour une situation non urgente, par exemple. Le citoyen aurait donc aussi une part de responsabilité à l'égard des problèmes du système de soins identifiés au chapitre quatre lors de l'analyse des propos des locuteurs.

Quant aux spécialistes, le CMQ propose qu'ils oeuvrent exclusivement en deuxième et en troisième ligne. Le Collège, pour sa part, indique que la première ligne est trop souvent couverte par les spécialistes et que cette situation n'est pas souhaitable. Finalement, la FMOQ et les professeurs/chercheurs ne se prononcent pas à l'égard de ce groupe de professionnels. La FMOQ insiste toutefois pour que les médecins omnipraticiens conservent leur place en deuxième et en troisième ligne.

Pour les autres acteurs du système de soins, la désignation des actes² constituerait, aux yeux du Collège, une ouverture pour les infirmières qui pourraient étendre leur juridiction, ce que le Collège les encourage à faire. En effet, toujours selon ce locuteur, la population devrait avoir recours à ces professionnelles lorsque cette option s'avère tout aussi efficace et pertinente. Le Collège propose donc d'accorder aux infirmières une plus grande place dans la division du travail sociosanitaire.

Par ailleurs, l'arrivée des DRMG dans le réseau de la santé aura certainement un impact sur le rôle des CLSC, identifiés par plusieurs comme porte d'entrée du système de soins. En effet, le rôle des CLSC dans la division du travail sociosanitaire devra certainement être redéfini puisque les services médicaux seront désormais fournis en fonction d'un territoire donné lui-même organisé et géré par les DRMG. Étant donné que le gouvernement opte pour la mise sur pied de ces Départements, nous croyons que les services médicaux fournis par les CLSC diminueront en proportion et que, par conséquent, ces derniers devront probablement adopter une vocation à caractère plus psychosocial.

Finalement, nous avons remarqué qu'aucun locuteur ne mentionne quoi que ce soit sur les groupes communautaires. Pouvons-nous déduire que ces derniers ne seraient pas considérés comme partie intégrante du système sociosanitaire malgré le fait que le projet de loi 120 (Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., 1991, c. 42) met beaucoup l'accent sur la place de ces acteurs dans le système de soins? Nous constatons que

² Voir chapitre un, point 1.3.3, sur ce sujet.

la conception que ces locuteurs ont du système sociosanitaire comprend seulement les acteurs qui offrent des services médicaux professionnels.

Les omnipraticiens veulent s'organiser eux-mêmes et se tailler une place au sein des instances décisionnelles. La FMOQ remet en question le rôle de la Commission médicale régionale (CMR)³ en tant qu'interface entre les omnipraticiens et la Régie régionale et propose que les omnipraticiens fassent partie intégrante des Conseils d'administration de ces Régies. De par la mise sur pied des DRMG, les omnipraticiens deviennent du même coup gestionnaires et organisateurs de la première ligne tout en disposant d'un droit de vote au sein d'instances décisionnelles régionales.

Par ailleurs, ces médecins refusent d'être la porte d'accès aux spécialistes et ne voient pas l'utilité pour ces derniers d'avoir un droit de regard sur l'organisation de la première ligne.

L'étendue du mandat de la CMR, le caractère consultatif de ses avis, sa composition la rendent toutefois inappropriée pour atteindre l'ensemble des objectifs poursuivis par les omnipraticiens (FMOQ, DRMG, p. 12)

Nous avons vu au chapitre deux, lors de la présentation partielle de la théorie de Abbott (1988), qu'un conflit de juridiction consiste en des revendications quant au type de travail que certains groupes considèrent comme le leur. Nous avons aussi indiqué que nous désirions examiner comment les différents porte-parole utilisent les stratégies pour revendiquer des juridictions sur des aires de travail ou pour élargir leur aires de travail. Le conflit de juridiction, dans ce cas-ci, concerne la place de l'omnipraticien dans le système de soins.

La division du travail sociosanitaire est caractérisée par deux points importants : le partage des tâches et l'exercice d'un contrôle par les médecins sur les autres catégories socioprofessionnelles de la santé. Nous croyons pertinent d'étendre cette notion aux

³ Voir chapitre un, point 1.3.1, pour plus d'information sur cette Commission.

différentes catégories socioprofessionnelles de la santé. Cela dit, il semble que la FMOQ utilise une stratégie envers les spécialistes dans le but d'augmenter son pouvoir décisionnel. Autrement dit, la FMOQ utiliserait la stratégie d'exclusion envers les médecins spécialistes pour revendiquer un droit exclusif de décision sur la gestion et l'organisation de la première ligne.

En nous inspirant de l'analyse de Abbott, nous constatons donc que les luttes qui ont lieu pour l'obtention de pouvoir supplémentaire ou l'extension de la pratique d'un groupe professionnel mettent en relief les conflits animant le *système des professions* de même que l'interdépendance de ces professions. Examinons maintenant le rôle de l'omnipraticien au sein de la division du travail sociosanitaire, selon les locuteurs.

Selon Coburn (1993 a,b), la profession médicale est segmentée par la séparation entre les chercheurs, les professeurs, les administrateurs et les médecins praticiens. En outre, il y aurait une division profonde entre les représentants des membres de la profession (FMOQ, par exemple) et ceux qui doivent assurer la protection du public (Collège des médecins, par exemple) puisque ces représentants auraient des intérêts et des buts très différents. Regardons si cela est le cas pour la FMOQ et le Collège des médecins.

La FMOQ propose la création d'un nouveau mode d'organisation et de gestion des soins de première ligne en introduisant le Département régional de médecine générale (DRMG)⁴. Le Collège, pour sa part, entérine cette proposition et suggère même de créer des Conseils des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)⁵ régionaux à la même échelle que le DRMG dans le but de d'assurer la qualité des actes posés par les omnipraticiens. Le Collège voudrait ainsi, à l'aide des organisations départementales de la FMOQ, transposer

⁴ Nous rappelons que le DRMG est une forme d'organisation et de gestion territoriale des services des médecins omnipraticiens.

⁵ Voir chapitre quatre, point 4.1, pour de plus amples explications.

à l'extérieur du milieu hospitalier un mécanisme de contrôle de la qualité qui est déjà en place dans ce milieu depuis 1970 sous diverses formes.

De plus, le Collège rejette la proposition de rendre obligatoire l'inscription du patient auprès d'un omnipraticien, jugeant cette méthode trop coercitive. La FMOQ appuie cette position, considérant ce modèle trop rigide : *Le CMQ suggère un modèle uniforme et statique de médecine de première ligne.* (FMOQ, 1997, p. 6)

Ainsi, le Collège et la FMOQ partagent la même perception de ce que devrait être le rôle de l'omnipraticien dans le système sociosanitaire au Québec. Non seulement, tous deux conviennent d'une forme d'organisation des services sur une base régionale qui donnerait à la population d'un territoire l'accès aux services médicaux généraux, mais encore ils souhaitent que les médecins de première ligne s'organisent de façon à diriger et à coordonner les services sur une base territoriale. Ces deux acteurs auraient des buts et intérêts communs importants, ils ont aussi des buts et des intérêts divergents.

En effet, le Collège ne rejette pas complètement les principaux aspects de la proposition de hiérarchisation du CMQ, alors que la FMOQ se prononce contre presque tous les principes fondamentaux visés par cette mesure. Par exemple, contrairement à la FMOQ, le Collège n'exclut pas totalement la proposition d'inscription obligatoire des patients auprès d'un médecin omnipraticien ni le passage obligatoire par un omnipraticien pour accéder aux services des médecins spécialistes (deux points importants de la proposition du CMQ) mais privilégie plutôt des mesures moins coercitives⁶.

Le Collège et la FMOQ partagent des positions communes importantes alors que les divergences sont plutôt mineures. Contrairement à ce que Coburn a pu constater, ici au

⁶ Ces informations ne sont pas incluses dans les documents analysés. Nous les avons recueillies lors d'une conférence donnée le 16 février 1998, à l'Université de Montréal par le Dr Paule Lebel du Collège des médecins.

Québec, sur cet enjeu, les représentants syndicaux et les défenseurs de la protection du public se différencient peu.

Du côté de Marsden (1977), qui traite des relations entre les différents segments d'un même corps professionnel et qui désirait savoir quel groupe à le pouvoir d'imposer ses buts dans la distribution des services de soins, on retrouve l'idée qu'il y aurait une hiérarchie entre les médecins professeurs/chercheurs et les médecins praticiens. Bien que cette théorie ne puisse être directement mise à l'épreuve à travers les documents analysés, nous croyons pertinent de faire une analogie avec les observations faites au chapitre quatre. C'est-à-dire que le document des professeurs/chercheurs dénote que ces derniers se donnent le droit de proposer au gouvernement des façons de corriger les lacunes du système de soins qui impliquent directement le travail des praticiens. Selon Marsden, les médecins qui enseignent, et qui représentent l'élite du corps médical, ont pu exercer une grande influence sur les prises de décisions en Ontario⁷. Nous ne pouvons montrer dans le cadre de ce mémoire si ces acteurs exercent réellement une influence sur les prises de décisions dans les réformes en cours au Québec. Nous avons toutefois démontré qu'ils se définissent comme l'élite de l'omnipratique.

Par ailleurs, nous avons remarqué au chapitre quatre que les professeurs/chercheurs et le CMQ ont plusieurs points en commun dont, entre autres, leur conception du travail des médecins omnipraticiens (qui tourne autour de la médecine familiale), leur conception de la santé et, élément encore plus important, leur accord commun sur la hiérarchisation des services de santé. Pour ces locuteurs, l'omnipraticien est l'interface entre le système de soins et les citoyens. Plus précisément, il est l'aiguilleur des patients dans le système de soins et le moyen d'accès aux spécialistes. En outre, les professeurs/chercheurs et les membres du CMQ examinent plutôt le rôle de l'omnipraticien en termes de coordonnateur de soins, de responsable de l'orientation et du maintien de la santé de leurs patients ou encore en termes d'intégrateur des services de première ligne et de moyen d'accès aux spécialistes.

⁷ Voir le point 2.1.2 à ce sujet.

Nous trouvons intéressant le fait que les professeurs/chercheurs et le CMQ partagent les mêmes opinions sur le rôle et la place de l'omnipratique dans le système de soins. D'autant plus que la proposition de hiérarchisation a fait l'objet de vives contestations de la part de la FMOQ et que cette dernière est la représentante des médecins omnipraticiens. Les médecins professeurs/chercheurs seraient donc au-dessus des préoccupations syndicales en quelque sorte. Nous ne pouvons affirmer, contrairement à ce qu'a pu faire Marsden, qu'il y a une hiérarchie entre les professeurs/chercheurs et les omnipraticiens mais nous pouvons constater qu'il semble y avoir une division idéologique entre ces deux entités.

Nous avons examiné les points convergents et les points divergents entre les locuteurs en regard de notre analyse théorique. Considérons maintenant ce que nous pouvons déduire des positions des porte-parole sur la présence ou sur l'absence de mouvances segmentaires.

5.2 CE QUE LES POSITIONS DES PORTE-PAROLE NOUS INDIQUENT SUR LA PRÉSENCE OU SUR L'ABSENCE DE SEGMENTS AU SEIN DU CORPS MÉDICAL

Au Québec, les organismes qui représentent les intérêts d'un corps professionnel (syndicats) sont socialement construits différemment des organismes devant mettre en oeuvre l'autorégulation d'un corps professionnel (les corporations professionnelles). En dépit du fait que la législation québécoise établit une distinction entre les syndicats et les corporations professionnelles, nous pouvons tout de même envisager la possibilité que ces deux types d'organismes présentent des points de vue semblables sur certains enjeux. Pour les besoins de cette analyse, nous ne considérons donc pas d'emblée les locuteurs retenus dans ce mémoire comme des représentants, *a priori*, de différents segments du corps médical, même s'ils sont des entités sociales construites différemment.

Afin de déterminer s'il y a segmentation au sein des locuteurs choisis et identifiés dans ce mémoire, nous allons fonder notre raisonnement exclusivement sur les positions exprimées par ces derniers sur le rôle et la place de l'omnipratique dans le système de soins au Québec. Nous présentons leurs positions dans la grille de présentation des positions qui rend compte de l'application de la grille de lecture⁸. Ainsi, c'est à travers le discours de ces acteurs et la justification de leurs propos, que nous pourrions voir si ces positions pourraient être considérées comme des signes de mouvance segmentaire. Les ressemblances et les différences entre ces propos sur le rôle de l'omnipraticien, nous serviront d'indicateurs quant à la définition de ces mouvances.

L'étude des éléments recueillis nous permet de proposer l'hypothèse d'un processus de formation de mouvances segmentaires au sein de la pratique médicale. La première mouvance serait représentée par le Collège des médecins du Québec (le Collège) et par la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) alors que la seconde comprend le Conseil médical du Québec (CMQ) et les professeurs/chercheurs. Examinons en premier lieu ce qui nous permet de faire un tel constat, puis, nous évaluerons, en deuxième lieu la stabilité de ces mouvances segmentaires.

Le Collège et la FMOQ sont d'accord sur deux points majeurs quant au rôle de l'omnipratique dans le système de soins québécois. En effet, d'une part, ces deux locuteurs s'accordent sur la proposition de mise sur pied d'un Département régional de médecine générale (DRMG) émise par la FMOQ ; tous deux attribuent donc à l'omnipraticien un rôle d'organisateur et de gestionnaire de la distribution des services médicaux généraux. D'autre part, ils se prononcent contre la proposition du CMQ d'inscrire obligatoirement les patients auprès d'un omnipraticien. Il s'agit pourtant d'un principe important dans la proposition de hiérarchisation des soins. Nous désirions vérifier si de nouvelles voies s'ouvrent aux omnipraticiens ; nous pouvons constater qu'effectivement une nouvelle voie s'ouvre à eux, celle de gestionnaire et d'organisateur des services de première ligne.

⁸ Voir annexe II.

Nous considérons toutefois cette mouvance segmentaire comme plutôt instable. En effet, nous ne pouvons concevoir que la position des membres de ces deux organismes puisse former la base d'un segment fort étant donné qu'ils présentent des positions différentes sur plusieurs autres sujets. Nous pensons, entre autres, aux raisons qui poussent les représentants de ces deux organismes à proposer des changements : ceux du Collège agissent au nom du bien-être de la population et dans le but d'offrir la gamme de services auxquels la population est en droit de s'attendre, tandis que les représentants de la FMOQ agissent dans l'intérêt de la mise en valeur de la compétence de ses membres. En fait, nous croyons que la convergence FMOQ/Collège des médecins, serait née dans ce cas-ci, d'une réaction commune contre l'idée de limiter le rôle de l'omnipraticien et serait une sorte de défense commune du principe de l'autorégulation.

Si bien que même si la théorie de Coburn à l'effet qu'il y a une division profonde entre les défenseurs des intérêts de la population et ceux qui défendent les intérêts d'un groupe de professionnel n'est pas apparente ici, elle n'est pas totalement réfutable puisque les signes de l'existence d'une mouvance segmentaire représentée par ces deux acteurs, bien qu'ils soient importants, demeurent plutôt instables.

Examinons maintenant ce qui semble être à l'origine de la formation d'une autre mouvance segmentaire représentée par le Conseil médical du Québec (CMQ) et par les professeurs/chercheurs. Alors que les acteurs exemplaires de la première mouvance ont une conception plutôt bureaucratique du rôle de l'omnipraticien (ils discutent principalement du rôle de gestionnaire et d'organisateur des services de première ligne pour les médecins omnipraticiens), les acteurs représentatifs de la seconde mouvance ont une conception beaucoup plus technique du rôle de ce prestataire de services, et voient ce rôle comme plus proche de la population. Les représentants de ces deux mouvances ont donc une conception différente du rôle de l'omnipraticien dans le système de soins québécois et discutent de sujets différents.

Nous faisons état de la conception du rôle de l'omnipraticien et de l'organisation de son travail chez les différents locuteurs pour identifier l'existence de tendances segmentaires. Nous sommes toutefois consciente que l'étude d'autres révélateurs, tels que, par exemple, les relations de pouvoir entre les locuteurs ou leur conception du rôle du gouvernement dans l'organisation des soins pourrait complexifier cette analyse et révéler l'existence d'autres mouvances ou tendances segmentaires. Notre objet étant le rôle et la place de l'omnipraticien dans le système de soins québécois, nous nous limitons aux positions des locuteurs sur ce sujet pour dégager d'éventuels axes de segmentation.

Il est aussi intéressant de noter qu'au-delà des segments identifiés, les locuteurs demeurent un seul et même corps pour faire front commun contre le gouvernement. En effet, les locuteurs (mis à part le CMQ, évidemment, puisqu'il est l'instance qui fournit au ministre de la Santé les avis sur les questions relatives aux services médicaux) indiquent qu'ils réagissent aux réformes organisées et proposées par le gouvernement et que la profession médicale ne fait que tenter de s'organiser à la suite de ces changements. Nous remarquons ici une même coloration du discours à connotation anti-étatique : *on s'organise avant de se faire organiser*.

Par ailleurs, tous s'accordent pour dire que les changements ont été entrepris par le gouvernement, que l'organisation du système de soins est «malade» (problème d'accessibilité, de globalité, de continuité, etc.) et qu'une réforme s'impose pour s'adapter aux nouvelles réalités d'aujourd'hui et pour mieux préparer l'avenir. En outre, tous admettent que l'organisation des soins médicaux doit viser la prise en charge d'une population donnée et comporter des pratiques de groupe. Ils proclament aussi que l'évolution des services médicaux a contribué à l'amélioration de la santé de la population. Au-delà des enjeux qui peuvent diviser ces porte-parole, il existe donc des points communs.

Dans cette dernière partie du cinquième chapitre, nous avons identifié des convergences et des divergences parmi les locuteurs retenus afin de dépister l'existence de tendances segmentaires. C'est ainsi que nous pouvons poser en hypothèse, à partir de la

similarité des intérêts exprimés, l'existence de mouvances segmentaires illustrée même par des acteurs représentant des intérêts socialement construits comme différents.

Nous avons aussi établi que les acteurs choisis dans ce mémoire forment un bloc sur certains sujets (des soins plus efficaces, mieux organisés et mieux distribués) mais qu'il semble y avoir divergence quant aux moyens pour atteindre les objectifs partagés. Finalement, nous sommes en mesure de proposer que la composition des mouvances segmentaires est instable et qu'elles sont soumises à des changements constants imposés par des transformations des conditions relatives aux milieux de travail et par des variations dans les relations avec les autres corps professionnels.

CONCLUSION

L'étude de la place et du rôle de l'omnipratique dans la division du travail sociosanitaire nous a permis de constater que, pour certains, la place des omnipraticiens est principalement ou exclusivement en première ligne, alors que, pour d'autres, elle est à tous les niveaux de soins. Il n'y a pas de consensus sur cette question. L'analyse des propos des différents porte-parole du milieu médical nous permet cependant de montrer que l'avenir de l'omnipratique tient bel et bien aux luttes actuelles (et à leur issue) ainsi qu'à l'ampleur et à l'importance du débat autour du rôle et de la place de l'omnipratique au Québec.

Nous savons que même si deux entités sont perçues et conçues comme des défenseurs d'intérêts divergents, ces mêmes entités peuvent se regrouper au sein de mouvances segmentaires relatives à des enjeux autres que ceux habituellement défendus. En effet, nous avons montré qu'il existe des signes de la présence de deux tendances segmentaires au sein des locuteurs sur le rôle de l'omnipratique dans le système de soins au Québec ; l'une est représentée par le Collège des médecins du Québec et de la Fédération

des médecins omnipraticiens du Québec, et l'autre par le Conseil médical du Québec et les professeurs/chercheurs.

Les discours véhiculés à l'intérieur de ces mouvances proposent des rôles différents pour les omnipraticiens tant au niveau de la gestion et de la planification qu'au niveau de la dispensation des soins. Par ailleurs, en dépit des signes de l'existence d'une segmentation chez les locuteurs quant au rôle de l'omnipraticien au Québec, le corps médical professionnel fait front commun contre le gouvernement sur d'autres enjeux.

CONCLUSION

L'omnipratique est définie par plusieurs comme la pierre angulaire des services de première ligne et donc logée au cœur des transformations actuelles du système de soins et de celles à venir. Cela dit, nous avons examiné quels impacts ont, ou auront, les changements sur le rôle et la place de l'omnipratique dans la division du travail sociosanitaire de façon à apprécier dans quelle voie s'engage l'omnipratique au Québec. Inspirée des travaux en sociologie des professions, nous avons examiné comment les omnipraticiens et leurs représentants sont amenés à définir leur rôle et leur place, particulièrement à la suite de quelques changements.

C'est le concept de segmentation qui a retenu notre attention pour cette étude. Autrement dit, nous avons utilisé ce concept pour comprendre et analyser la situation de l'omnipratique au Québec. L'hypothèse de la présence de mouvances segmentaires autour de l'enjeu identifié se révèle fructueuse. Entre autres, elle nous permet d'être à l'affût de la diversité des rôles que peut jouer l'omnipratique, d'entrevoir les différentes figures que peut prendre ce corps professionnel dans la division du travail sociosanitaire et de constater si de nouvelles voies s'ouvrent à lui.

L'omnipratique peut effectivement prendre différentes formes au Québec dans les années à venir compte tenu de la période de transition que vit actuellement le système de soins. Nous pensons, par exemple, au Département régional de médecine générale (DRMG) qui est une forme d'organisation qui permet aux médecins d'organiser et de gérer les soins et services de première ligne en plus de leur conférer une place au sein des instances décisionnelles, ou encore, à la proposition de hiérarchisation des soins qui apparaît, quant à elle, restrictive aux yeux des omnipraticiens. Nous savons que la profession médicale a établi sa place dominante par rapport aux autres professions en partie grâce aux stratégies d'exclusion et aux négociations quasi permanentes se rapportant aux juridictions ou aux aires de travail. Les différentes formes que peut prendre l'omnipratique dans l'avenir dépendent donc, elles aussi, des stratégies d'exclusion et des négociations en cours.

L'approche de la segmentation appliquée aux différents porte-parole révèle également que, même si deux entités sont socialement perçues et conçues comme des défenseurs d'intérêts divergents, ces dernières peuvent s'allier sur des enjeux autres que ceux habituellement défendus. C'est le cas, par exemple, de la mouvance segmentaire formée notamment du Collège des médecins du Québec et de la Fédération des médecins omnipraticiens (FMOQ), dont on pourrait présumer qu'elle aurait pris naissance pour faire front commun contre le gouvernement dans le but de protéger le principe de l'autorégulation, d'une part, et pour étendre les droits, les privilèges et les prérogatives de chacun, d'autre part. Même si nous considérons l'existence de cette mouvance comme fragile, nous croyons que c'est une découverte intéressante dans la mesure où elle va à l'encontre de ce que nous pouvons nous attendre de la part de ces deux acteurs. Il serait intéressant que des recherches ultérieures soient faites sur l'existence de ces mouvances suite à la mise sur pied des Départements régionaux de médecine générale en regard des convergences et des divergences d'opinions sur le nouveau rôle de l'omnipraticien dans la division du travail sociosanitaire.

Afin de mieux saisir la place qu'occupe l'omnipraticien dans la division du travail sociosanitaire, nous avons également étudié la dynamique interne du système de soins, d'autant plus que, tel qu'indiqué par Abbott (1988), l'analyse des segments doit être envisagée en fonction de la place qu'ils occupent, en fonction de la place occupée par les autres segments et en fonction des autres professions du système dans lequel ils s'insèrent. L'objet de l'étude de la dynamique interne du système sociosanitaire québécois est de vérifier comment un corps professionnel arrive à se tailler une place et à la conserver. Nous savons, encore une fois, que c'est grâce aux stratégies d'exclusion et aux nombreuses négociations qu'un groupe y arrive. Dans ce cas-ci, l'omnipraticien a utilisé ces stratégies pour exclure les médecins spécialistes de la planification et de l'organisation de la première ligne, lieu de travail des omnipraticiens, dans le but de se tailler une plus grande place, notamment en gestion, en organisation et en administration des services de première ligne. Finalement, il n'y a pas de consensus au sein des locuteurs retenus pour ce mémoire sur la

place de l'omnipratique dans la division du travail sociosanitaire mais nous savons que l'omnipraticien doit oeuvrer d'abord et avant tout en première ligne.

Par ailleurs, il est clair que le système de soins est actuellement en période de transition. Comme nous le mentionnons au chapitre quatre, nous nous étonnons de constater que le gouvernement n'a pas donné suite à la proposition de hiérarchisation émise par le CMQ (instance chargée de donner des avis au ministre de la Santé) alors que la proposition de mise sur pied d'un Département régional de médecine générale (DRMG (janvier 1997) a été jugée assez importante pour qu'elle fasse l'objet d'une commission parlementaire en février 1998, puis d'un projet de loi (Projet de loi 404) qui a été sanctionné le 20 juin 1998, soit un peu moins d'un an et demi après la première formulation de cette proposition.

En résumé, nous avons, d'un côté, des conseillers gouvernementaux qui proposent la hiérarchisation des soins, ce qui suscite une grande controverse chez les omnipraticiens et qui ne fait l'objet d'aucun suivi législatif et, de l'autre côté, la FMOQ, représentant syndical des omnipraticiens, qui propose une toute autre dynamique organisationnelle qui fait rapidement l'objet d'un suivi législatif. De prime abord, les omnipraticiens semblent être avantagés par cette période de transition. En effet, n'ont-ils pas réussi à faire sanctionner la mise sur pied d'un Département qui étend leur juridiction en dehors des hôpitaux, et ce, malgré plusieurs oppositions de la part d'acteurs importants de la scène sanitaire? La proposition de hiérarchisation n'aurait-elle pas dû faire l'objet d'un suivi législatif étant donné qu'elle a été publiée par un organisme devant conseiller le gouvernement? N'oublions pas que ce dernier est le payeur unique et qu'il est responsable de la planification, de la gestion et de l'administration du système de soins⁹.

9

En jetant un regard sociologique sur cette situation nous pouvons proposer une toute autre lecture de la réalité. En effet, en présentant un scénario plus restrictif ou plus coercitif, on réussit souvent à faire accepter un autre scénario qui peut sembler plus acceptable même s'il comprend des modifications importantes. Le CMQ était peut-être conscient que sa proposition paraîtrait restrictive et coercitive aux yeux des omnipraticiens et il se doutait peut-être que la FMOQ (représentant le syndicat du groupe de médecins le plus touché par la proposition du CMQ) allait s'y opposer et, par conséquent, *s'organiser avant de se faire*

Le Collège, quant à lui, a proposé la mise sur pied de CMDP régionaux à la même échelle que les DRMG. Ces derniers ayant été sanctionnés en juin 1998, on peut penser que les CMDP régionaux le seront aussi prochainement et qu'ils veilleront désormais à la qualité des actes posés en dehors des hôpitaux, et, par conséquent, serviront au mieux-être de la population. Le Collège renforcera ainsi la perception qu'il agit, y compris sur de nouveaux terrains, dans le seul but de protéger le public.

Quant aux professeurs/chercheurs, bien qu'ils aient proposé des changements intéressants pour améliorer le système et pour augmenter leur visibilité auprès des instances décisionnelles, la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives (L.Q. , 1998, c. 39) ne comporte rien d'intéressant pour eux. Nous constatons donc que même si les professeurs/chercheurs se perçoivent, et sont perçus par plusieurs, comme l'élite médicale, ils ne sont pas, du moins pour l'instant, avantagés par cette période de transition.

L'étude de la dynamique interne du système de soins a été, pour nous, une très grande source de questionnements auxquels nous n'avons pas toujours pu répondre. Nous croyons humblement que notre mémoire a jeté un regard nouveau sur cette dynamique; nous estimons toutefois qu'une recherche plus pointue et plus ciblée pourrait aider à comprendre encore mieux le système des professions de la santé au Québec. De manière

organiser. Autrement dit, la FMOQ allait certainement proposer des mesures moins «draconiennes» face à une proposition qu'elle jugeait menaçante pour les «acquis du système et ceux des omnipraticiens»; il est possible que le CMQ se soit attendu à cette réaction. Nous pouvons supposer que la réaction de la FMOQ était prévisible et, que par conséquent, le CMQ, conscient des besoins de changements pour améliorer l'efficacité et l'efficience du système de soins, a proposé la hiérarchisation des soins, ce qui a incité les médecins omnipraticiens à se prendre en mains et à proposer de nouvelles avenues. En résumé, nous croyons que le CMQ a volontairement publié un document qui choquerait les omnipraticiens pour qu'ils proposent eux-mêmes des changements sachant certainement que des changements ne peuvent être réellement initiés sans l'accord des médecins impliqués. Cela expliquerait, à notre avis, le fait que la proposition de hiérarchisation des soins n'a fait l'objet d'aucun suivi législatif contrairement à la proposition de Département régional de médecine générale.

plus précise, il serait intéressant de vérifier quelles seront les stratégies utilisées par les différentes catégories socioprofessionnelles du système de soins pour augmenter leur aires de travail ou leurs juridictions s'il y a adoption de la nouvelle désignation des actes professionnels proposée par l'Office des professions. En d'autres termes, quelle sera l'efficacité du discours des professionnels de la santé en regard des résultats finaux?

Par ailleurs, nous savons que la mise sur pied des Départements régionaux de médecine générale aura certainement des répercussions sur les autres acteurs du système de soins. Il serait donc intéressant de connaître ces répercussions et d'étudier comment les acteurs vont réagir à ces DRMG et quelles actions ils vont entreprendre. Un tel exercice permettrait de mieux cerner les rapports internes qui sous-tendent le système des professions.

En conclusion, les changements que vit actuellement le système de soins auront été bénéfiques tant pour le gouvernement, pour le Collège des médecins du Québec que pour les omnipraticiens. En effet, le premier a réussi à faire faire des changements majeurs dans l'organisation des soins et services de santé sans pour autant se mettre les médecins à dos. Le Collège, quant à lui, court la chance d'étendre ses droits, ses privilèges et ses prérogatives. Finalement, les omnipraticiens auront désormais une place de choix au sein des instances décisionnelles et deviendront les gestionnaires et les organisateurs des soins et services de première ligne. Somme toute, nous constatons qu'effectivement une nouvelle voie s'ouvre aux omnipraticiens à la suite des débats qui ont eu lieu.

RÉFÉRENCES

- ABBOTT, A., The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor, The University of Chicago Press, 1988
- ANNANDALE, E., *Proletarianization or Restratification of the Medical Profession? The Case of Obstetrics*, International Journal of Health Services, 1989, 19, 4, pp. 611-633
- ANSART, P., *Idéologie stratégique et stratégie politique*, Cahiers internationaux de sociologie, 1977, LXII, pp. 223-242
- Association médicale canadienne, Strengthening the Foundation: The Role of the Physician in Primary Health Care in Canada, Ottawa, 1994
- BASZANGER, I., *La dynamique des professions*, La trame de la négociation, Sociologie qualitative et interactionnisme, Paris, L'Hamattan, 1992, pp. 67-86
- BÉLANGER, P.R., *La gestion des ressources humaines dans les établissements de santé et de services sociaux: une impasse*, Nouvelles pratiques sociales, 1991, 4, 1, pp. 133-140
- BERELSON, B., *Content Analysis in Communication Research of Social Psychology*, Lindzey Handbook, Univ. de Chicago, The Free Press, Glencoe, Illinois, 1952, pp. 488-522
- BERGERON, P., *La commission Rochon reproduit les solutions de Castonguay-Nepveu*, Recherches sociographiques, 1990, XXXI, 3, pp. 359-379
- BERGERON, P., GAGNON, F., *La prise en charge étatique de la santé au Québec*, Le Système de santé au Québec. Organisations, acteurs et enjeux, V. Lemieux et al. (Sous la direction de), Les Presses de l'Université Laval, 1994, pp. 9-32
- BERTILSSON, M., *The Welfare State, The Professions and Citizens*, The Formation of Professions: Knowledge, State & Strategy, Torstendahl, R., Burrage, M. (Sous la direction de), Sage, 1990, pp. 115-133
- BOSCH, S.J., DEUSCHLE, K.W., *HMO Development in an Academic Medical Center: The Rise and Fall of a Prepaid Health Program in New York City*, Journal of Community Health, 1993, 18, 4, pp. 183-199

- BOZZINI, L., *Rapport Rochon et Orientations Lavoie-Roux: une lecture plus optimiste*, Nouvelles pratiques sociales, 1990, 3, 1, pp. 107-120
- BOZZINI, L., BÉLANGER, J.P., *La réforme Côté: ou l'art de chevaucher le consensus à pas de trot*, Possibles, 1991, 15, 3, pp. 15-39
- BROCLAIN, D., *La médecine générale en crise?*, Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité, Aiach, P., Fassin, D. (Sous la direction de), Paris, Economica, 1994, pp. 121-160
- BUCHER, R., STRAUSS, A., *Professions in Process*, American Journal of Sociology, 1961, 66, 4, pp. 325-334
- CANTO-KLEIN, M., RAMOGNINO, N., *Les faits sociaux sont pourvus de sens: Réflexions sur l'analyse de contenu*, Connexions, 1974, 11, pp. 65-91
- CARTWRIGHT, D.P., *L'analyse du matériel qualitatif*, Les méthodes de recherche dans les sciences sociales, L. Festinger et D. Katz, Damisch, H., (Sous la direction de), P.U.F., Paris, 1963
- CHARLES, C. A., *The Medical Profession and Health Insurance: an Ontario Case Study*, Social Science & Medicine, 1976, 10, p. 33-38
- COBURN, D., (a) BIGGS, C.L., *Legitimation or Medicalization? The Case of Chiropractic in Canada*, Health & Canadian Society: Sociological Perspectives, Coburn, D. Et al (Sous la direction de) Fitzhenry & Whiteside, 1987, pp. 366-384
- COBURN, D., (b) *Professional Powers in Decline: Medicine in a Changing Canada*, The Changing Medical Profession, E.W. Hafferty & J.B. McKinlay eds., Oxford University Press, 1993, pp. 92-103
- COBURN, D., *State Authority, Medical Dominance, and Trends in the Regulation of the Health Professions: the Ontario Case*, Social Science & Medicine, 1993, 37, 7, pp. 841-850
- Collège des médecins du Québec, Les effectifs médicaux au Québec: situation de 1972 à 1992 et projections pour 1997, Québec, 1994
- Collège des médecins du Québec et Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Avis du groupe de travail conjoint sur la transformation du réseau, Québec, 1996

- Collège des médecins du Québec, Effectifs médicaux: Le Collège des médecins du Québec lance un cri d'alarme, Communiqué de presse, Québec, 1997
- Collège des médecins du Québec, L'Omnipraticien et le Virage ambulatoire. Une vision régionale, Informations publiques, Conférence du Dr Pierre Duplessis dans le cadre du colloque Le virage ambulatoire: d'incontournables défis, Québec, 1997
- Collège des médecins du Québec, L'organisation des soins et des services de santé, Document de consultation de la Commission sur l'exercice de la médecine des années 2000, Québec, 1997
- Collège des médecins du Québec, Nouveaux défis professionnels pour le médecin des années 2000, Commission sur l'exercice de la médecine des années 2000, Québec, 1998
- COLLINS, R., *Changing Conceptions in the Sociology of the Professions*, The Formation of Professions: Knowledge, State & Strategy, Torstendahl, R., Burrage, M., (Sous la direction de), Sage, 1990, pp. 11-23
- Conseil du statut de la femme, Virage ambulatoire: notes exploratoires, Les Publications du Québec, Québec, 1996
- Conseil Médical du Québec, Avis sur une nouvelle dynamique organisationnelle à implanter: La hiérarchisation des services médicaux, Québec, 1995
- Conseil Médical du Québec, Avis pour un mode mixte de rémunération des médecins de première ligne lié à l'inscription de la population, Québec, 1996
- COUTURE, D., *La réforme du droit professionnel au Québec: le cas de la Corporation professionnelle des médecins*, Sociologie et sociétés, 1986, 18, 1, pp. 97-112
- COUTURE, D., *Les transformations du corps médical québécois, 1960-1980: adaptation d'un monopole professionnel à la domination légale-rationnelle?*, Politique, 1987, 12, pp. 37-62
- COUTURE, D., *Technologies médicales et statut des corps professionnels dans la division du travail socio-sanitaire*, Sociologie et sociétés, 1988, 20, 2, pp. 77-89
- COUTURE, D., Les professionnels en milieu bureaucratique: le cas de la profession médicale québécoise, Thèse de Doctorat en sociologie, Université Laval, 1984

- COUTURE, D., *La place de la mission dans la définition et l'évolution d'une occupation*
La mission de l'archiviste dans la société, Actes du deuxième Symposium en
 archivistique, Groupe interdisciplinaire de recherche en archivistique, Université de
 Montréal, 1994, pp. 27-36
- DEMERS, L., *La profession médicale, Le système de santé au Québec: Organisations,
 acteurs et enjeux*, V. Lemieux et al. (Sous la direction de), Les Presses de l'Université
 Laval, Québec, 1994, pp. 213-243
- DESLAURIERS, J.-P., *Quelques enjeux de la réforme Côté*, Nouvelles pratiques sociales,
 1991, 4, 1, Éditorial
- DICKER, A., ARMSTRONG, D., *Patients' Views of Priority Setting in Health Care: An
 Interview Survey in One Practice*, British Medical Journal, 1995, 311, pp. 1137-1139
- DUSSAULT, G., *L'évolution du professionnalisme au Québec*, Relations Industrielles,
 1978, 33, 3, pp. 428-466
- DUSSAULT, G., POTVIN, L., L'État et la division du travail sanitaire: la politique de
 délégation des actes médicaux, infirmiers et dentaires au Québec, Département des
 Relations Industrielles, Université Laval, Québec, 1983
- DUSSAULT, G., *Professionnalisation et déprofessionnalisation*, Traité d'anthropologie
 médicale, Dufresne, J., et al, (Sous la direction de), PUQ, IQRC, PULyon, 1985, pp.
 605-616
- DUSSAULT, G., *La régulation des professions sanitaires; l'expérience du Québec*,
Sociologie et sociétés, 1988, 20, 2, pp. 125-139
- EVANS, R.G., Why Are Some People Healthy and Others Not? The Determinants of the
 Health of Populations, New York, Aldine De Gruyter, 1994
- Fédération des infirmières et infirmiers du Québec, Mémoire déposé à la Commission
 parlementaire des Affaires sociales pour la consultation portant sur le projet de loi
 404, Québec, 1998
- Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, La réorganisation des soins médicaux
 de première ligne, Québec, 1997

- Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, Analyse des avis du Conseil médical du Québec (CMQ), dans le cadre du XIIIe Congrès syndical de la FMOQ intitulé L'omnipraticien et les défis de la réorganisation des soins, Québec, mai 1997
- FEELEY, N., GERREZ-LIRETTE, T., *Development of Professional Practice Based on the McGill Model of Nursing in an Ambulatory Care Setting*, Journal of Advanced Nursing, 1992, 17, pp. 801-808
- FORUM, Reconfiguration. Regionalization. Mergers: The Experience of Canadian Teaching Hospitals, organisé par l'Hôpital Notre-Dame de Montréal et l'Association of Canadian Teaching Hospitals, Québec, 1995
- FREIDSON, E., Profession of Medicine. A Study in the Sociology of Applied Knowledge, New York, Dodd, Mead & Co., 1972
- FREIDSON, E., *The Reorganization of the Professions by Regulation*, Law and Human Behavior, 1983, 7, 2/3, pp. 279-290
- FREIDSON, E., *The Changing Nature of Professional Control*, Annual Review of Sociology, 1984, 10, pp. 1-20
- FREIDSON, E., La profession médicale, Paris, Payot, 1984
- FREIDSON, E., *The Reorganization of the Medical Profession*, Medical Care Review, 1985, 42, 1, pp. 11-35
- GARDIN, J.-C., *Vers une épistémologie pratique en sciences humaines*, La logique du plausible: Essais d'épistémologie pratique en sciences humaines, Paris, Éditions de la Maison des Sciences de l'Homme, 2e éd., 1987, pp. 27-100
- GOODE, W.J., *Community Within a Community: The Professions*, American Sociological Review, 1957, 22, pp. 194-200
- GRANGER, G.-G., *La science est-elle un langage?*, Philosophie et science, Émission Entretiens, Cahier No. 17, Services de transcription et dérivés de la radio, Radio-Canada, 31 janvier 1978, pp. 19-27
- HARRIS, W., *Discourse Analysis*, Langages, 1969, No. 13, pp.
- HARVEY, J., *L'incorporation des chiropraticiens au Québec: stratégies discursives et luttes professionnelles*, Recherches sociographiques, 1986, 27, 2, pp. 219-240

- Health Professions Legislation Review, Striking a New Balance: a Blueprint For The Regulation of Ontario's Health Professions, Ontario, 1988
- HOROBIN, G., *Professional Mystery: the Maintenance of Charisma in General Medical Practice*, The Sociology of the Professions: Lawyers, Doctors and Others, Dingwall, R., Lewis, P., eds. Londres, Macmillan, 1983, pp. 84-105
- HOULD, F.J., *La médecine du XXI^e siècle face aux attentes de la société*, Bulletin (Revue de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec), 1991, 31, 2, pp. 7-11
- KINGSLEY, N., L'organisation des services médicaux de première ligne dans la région de Montréal, R.R. de Montréal-Centre, Québec, 1996
- KREIDER, R.N., *A Pediatrician's View of Reform*, The Journal of the Medical Association of Georgia, 1994, 83, pp. 552-554
- LARSON, S.M., *Proletarianization and Educated Labor*, Theory and Society, 1980, 9, pp. 131-175
- Le Devoir, *Moderniser le système professionnel*, Cahier spécial sur les professions, 6 octobre 1996
- Le Médecin du Québec, *Le nursing dans les consultations sans rendez-vous ou le «sans rendez-vous nursing»*, 1995, 30, 12, pp. 97-100
- Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives, Editeur officiel du Québec, 1991
- Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives, (Projet de loi 404), Québec, 1997
- Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives, Editeur officiel du Québec, 1998
- MARSDEN, L. R., *Power Within a Profession*, Sociology of Work and Occupations, 1977, 4, 1, pp. 3-26
- McKINLAY, J.B., *On the Professional Regulation of Change*, Professionalisation and Social Change, P. Halmos ed., University of Keele, 1973, pp. 61-84
- McINTYRE, N., POPPER, N., *The Critical Attitude in Medicine: The Need for a New Ethics*, British Medical Journal, 1983, 287, pp. 1919-1923

- MILLETTE, B., NASMITH, L., GRAND'MAISON, P., LAMONTAGNE, R., *Le rôle central du médecin de famille dans la réforme de la santé au Québec*, Le Médecin du Québec, 1996, 31, 5, pp. 87-93
- Ministère de la Santé et des Services sociaux, Pour améliorer la santé et le bien-être au Québec - Orientations, Québec, 1989
- Ministère de la Santé et des Services sociaux, Une réforme axée sur le citoyen, Québec, 1990
- Ministère de la Santé et des Services sociaux, Un financement équitable à la mesure de nos moyens, Québec, 1991
- Ministère de la Santé et des Services sociaux, La politique de la santé et du bien-être, Québec, 1992
- Ministère de la Santé et des Services sociaux, Les services à domicile de première ligne : cadre de référence, Québec, 1994
- Ministère de la Santé et des Services sociaux, La chirurgie d'un jour et son organisation, Québec, 1995
- MORIN, R., La répartition géographique des médecins au Québec comme problème social, Mémoire de Maîtrise, Département de sociologie, Université de Montréal, Québec, 1989
- MURPHY, R., *Proletarianization or Bureaucratization: The Fall of the Professional?*, The Formation of Professions: Knowledge, State & Strategy, Torstendahl, R., Burrage, M. (Sous la direction de), Sage, 1990, pp. 71-96
- NAIMARK, A., *The Academic Health Sciences Centre and The University*, ACMC FORUM, 1994, 26, 1, pp. 4-8
- Office des professions du Québec, Approche à l'égard de la réserve et du partage d'actes professionnels: vers un système professionnel plus souple et mieux adapté, Québec, 1996
- Office des professions du Québec, Approche à l'égard de la réserve et du partage d'actes professionnels: La consultation, constats et prospective, Québec, 1996
- PAICHELER, G., *L'invention de la psychologie moderne*, Paris, L'Harmattan, 1992
- PECHEUX, M., Analyse automatique du discours, Paris, Dunod, 1969

- POULIN, D., LANDRY, R., BATTISTA, R.N., *Les technologies médicales et la production des soins de santé : le cas des équipements médicaux*, Le système de santé au Québec: Organisations, acteurs et enjeux, V. Lemieux et al. (Sous la direction de), Québec, Les Presses de l'Université Laval, 1994, pp. 343-361
- Rapport de la commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, (Castonguay-Nepveu), Les Publications du Québec, 1970
- Rapport de la commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, (Rochon), Les Publications du Québec, 1988
- Régie Régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, L'organisation des services de santé et des services sociaux sur l'île de Montréal, Document de consultation, Montréal, 1995
- Régie Régionale de la santé et des services sociaux de Laval, Opinion des médecins lavallois oeuvrant en première ligne quant aux impacts de la réforme sur la pratique médicale, Laval, 1996
- RICHER, C., *L'omnipraticien en marche vers l'an 2000*, Le Médecin du Québec, 1992, 27, 6, pp. 15-16
- SINCLAIR, D.G., *The Academic Medical Centre: An Idea Whose Time Has Come*, Journal of the Canadian Medical Association, 1993, 148, 9, pp. 1543-1545
- SINCLAIR, D.G., Présentation à un colloque intitulé *The Hospital of Tomorrow: What Role will it Play?* lors de la session *New Roles For the Hospital*, Montréal, 1996
- STEVENSON, M.H. et al., *Medical Politics and Canadian Medicare: Professional Response to the Canada Health Act*, The Milbank Quarterly, 1988, 66, 1, pp. 65-103
- SWARTZ, D., *The Politics of Reform: Conflict and Accommodation in Canadian Health Policy*, Health & Canadian Society: Sociological Perspectives, Coburn D. et al. (Sous la direction de), Fitzhenry & Whiteside, 1987, pp. 568-589
- TAYLOR, M.G., *Quebec Medicare: Policy Formulation in Conflict and Crisis*, Canadian Public Administration, 1972, 15, 2, pp. 211-250
- TAYLOR, M.G., *The Canadian Health Care System: After Medicare*, Health & Canadian Society: Sociological Perspectives, Coburn D. et al. (Sous la direction de), Fitzhenry & Whiteside, 1987, pp. 73-101

- TUOHY, C., *Medical Politics After Medicare: the Ontario Case*, Analyses de politiques, 1976, 11, 2, pp. 192-210
- TUOHY, C., O'REILLEY, P., *Professionalism in the Welfare State*, Journal of Canadian Studies, 1992, 27, 1, pp. 73-92
- VALBERG, L.S., et al., Planning the Future Academic Medical Centre. Conceptual Framework and Financial Design. Publié par l'Association médicale canadienne, Ontario, 1994
- WAHN, M., *The Decline of Medical Dominance in Hospitals*, Health & Canadian Society: Sociological Perspectives, Coburn D. et al. (Sous la direction de), Fitzhenry & Whiteside, 1987, pp. 422-440
- WILLIAMS, A.P. et al., *Medicine and the Canadian State: From the Politics of Conflict to the Politics of Accommodation?*, Journal of Health and Social Behavior, 1995, 36, pp. 303-321
- ZIEGENFUSS, J. T. Jr., *Organizational Barriers to Quality Improvement in Medical and Health Care Organizations*, Qual. Assur. Util., 1991, 6, 4, pp. 115-122

ANNEXES

ANNEXE I

Le Contentieux s'est récemment prononcé afin de préciser la compétence légale des uns et des autres dans le cadre de l'étroite collaboration dans laquelle médecins, infirmières et infirmiers sont appelés à vivre dans un établissement.

Cette opinion, qui est aussi une mise en garde, a été nécessaire en raison de la prolifération de situations où l'organisation médicale d'un établissement impose de s'interroger sur la légalité de l'acte médical accompli par une infirmière ou un infirmier et sur la question du congé donné par l'infirmière ou l'infirmier, ce congé pouvant être donné après qu'un médecin a vu le patient ou sans qu'un médecin ne l'ait vu.

Ces situations qui nous préoccupent, parfois appelées « sans rendez-vous nursing », sont celles, par exemple, où un patient se présente à une salle d'urgence ou à une clinique sans rendez-vous d'un établissement, et où il est reçu par une infirmière ou un infirmier qui détermine, après l'avoir examiné, que ce patient n'a pas besoin de voir un médecin, et lui donne congé de l'établissement.

Le droit

La *Loi médicale* énonce ce qui constitue l'exercice de la médecine à l'article 31 :

« Constitue l'exercice de la médecine tout acte qui a pour objet de diagnostiquer ou de traiter toute déficience de la santé d'un être humain. « L'exercice de la médecine comprend, notamment, la consultation médicale, la prescription de médicaments ou de traitements, la radiothérapie, la pratique des accouchements, l'établissement et le contrôle d'un diagnostic, le traitement de maladies ou d'affections. »

La *Loi médicale* prévoit les exceptions à l'application de cet article. Notons l'exercice de l'obstétrique par les sages-femmes, les personnes exerçant l'acupuncture conformément aux règlements, ainsi que les personnes posant les actes visés à l'article 31, lesquels peuvent, à certaines conditions, être posés par des classes de personnes

autres que des médecins. Les conditions en questions sont précisées dans le *Règlement sur les actes visés à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être posés par des classes de personnes autres que des médecins*.

Dans ce règlement, l'« ordonnance permanente » est définie comme suit : « ordonnance établie par règlement du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'établissement (...) à l'effet de poser certains actes ou de procéder systématiquement à certains examens ou traitements, **sans attendre d'ordonnance médicale individuelle** chez les bénéficiaires de catégories déterminées dans cette ordonnance et, le cas échéant, selon le protocole auquel il réfère ; » (*c'est nous qui soulignons*).

Le règlement sur les actes visés à l'article 31 ne comprend pas, dans ses annexes listant les actes visés, d'actes diagnostiques.

D'autre part, la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* définit l'exercice de la profession d'infirmière ou d'infirmier à l'article 36 :

« Constitue l'exercice de la profession d'infirmière ou d'infirmier tout acte qui a pour objet d'identifier les besoins de santé des personnes, de contribuer aux méthodes de diagnostic, de prodiguer et contrôler les soins infirmiers que requièrent la promotion de la santé, la prévention de la maladie, le traitement et la réadaptation, ainsi que le fait de pro-

Le nursing dans les consultations sans rendez-vous ou le « sans rendez-vous nursing »

le Contentieux de la F.M.O.Q.

diguer des soins selon une ordonnance médicale. »

Ajoutons d'autre part que le *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements* (R.O.A.E.) précise, en ce qui concerne les centres hospitaliers, les centres hospitaliers offrant des soins de longue durée, les centres d'hébergement et les centres de réadaptation, que le congé doit être signé par le médecin traitant du bénéficiaire si celui-ci reçoit des soins médicaux. Il n'y a pas cette précision pour les centres locaux de services communautaires (C.L.S.C.). Cependant, à la différence des C.L.S.C., ces centres ont des patients admis. Le R.O.A.E. reste en vigueur tant qu'un nouveau règlement, pris en vertu des dispositions de la nouvelle *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (L.R.Q., c. S-4.2, ci-après citée « L.S.S.S.S. ») ne sera pas pris. En effet, en vertu de la mesure transitoire contenue à l'article 619.41 de la loi, un règlement pris en application de la loi précédente remplacée reste applicable dans la mesure où il est compatible avec la présente loi.

L'acte médical et le congé

La profession médicale est une profession d'exercice exclusif. Par conséquent, seuls les médecins, ayant reçu la formation nécessaire pour ce faire, peuvent « établir et contrôler un diagnostic », alors que les infirmières et les infirmiers peuvent « contribuer aux méthodes de

diagnostic », selon les lois respectives de ces deux ordres professionnels.

La définition du terme « diagnostic », d'après *Le Petit Larousse illustré*, édition de 1995, consiste en l'« identification d'une maladie par ses symptômes ».

Il y a, à notre avis, une différence entre l'évaluation d'un patient, en vue de l'orienter vers la ressource médicale appropriée, et ce que nous appellerons ici la décision diagnostique. La première permet au patient d'accéder plus rapidement au lieu où les soins appropriés pourront lui être dispensés (clinique, urgence). La deuxième, la décision diagnostique, mène à un traitement ou, dans le cas qui nous préoccupe plus particulièrement ici, à l'absence de traitement, soit le congé de l'usager.

Une personne qui évalue l'état de santé d'un usager et qui détermine que cet état n'est pas assez grave pour nécessiter la visite à un médecin, pose un diagnostic, donc fait un acte médical. Posé par une infirmière ou un infirmier, cet acte est illégal.

La formation des infirmières et des infirmiers n'est pas la même que celle des médecins, et elle ne les prépare pas à poser des diagnostics autant que leur propre formation prépare les médecins à le faire. Cette formation des médecins leur permet d'établir et de contrôler un diagnostic et, en contrepartie, les rend responsables de cet acte.

D'autre part, le règlement selon l'article 31 de la *Loi médicale* contient la liste des actes médicaux pouvant être accomplis notamment par des infirmières ou des infirmiers. Ces actes nécessitent une ordonnance médicale, soit individuelle, soit permanente.

En vertu de ce règlement, c'est à l'établissement qu'incombe la responsabilité de s'assurer que les conditions du règlement sont respectées, en tenant compte notamment de la protection du public.

Les ordonnances permanentes et les protocoles doivent être élaborées selon la détermination de conditions locales en tenant compte de la protection du public, des ressources du milieu ainsi que de la préparation et de l'expérience

des personnes habilitées (les infirmières et les infirmiers). La détermination de ces conditions locales se fait par règlement du C.M.D.P. Ici, il est important de prévoir non seulement les cas d'actes médicaux accomplis dans l'établissement, mais aussi ceux qui sont accomplis dans le cadre du maintien à domicile et du virage ambulatoire.

Quant au congé, il faut faire une différence entre le congé que donne une infirmière ou un infirmier après qu'un patient a vu un médecin, et le congé qu'ils donnent sans qu'un médecin n'ait vu le patient. Par exemple dans le premier cas, lorsque l'infirmière ou l'infirmier finit de donner des directives au patient, ce congé ne constitue pas un acte médical. Le patient n'a pas besoin de revoir le médecin avant de partir. Il s'agit simplement d'indiquer au patient que la tâche de l'infirmière ou de l'infirmier est terminée et qu'il peut partir.

Dans le deuxième cas, l'infirmière ou l'infirmier établit personnellement un diagnostic selon lequel le patient n'a pas besoin de voir un médecin, comme nous l'avons vu plus haut. Il faut alors considérer ce congé comme un acte médical accompli illégalement, qui doit être dénoncé.

Quelles sont les responsabilités ?

Dans un établissement, l'article 214 de la L.S.S.S.S. donne la responsabilité de l'évaluation de la qualité de l'acte médical au C.M.D.P. envers le conseil d'administration (C.A.) de l'établissement. Le C.M.D.P. a aussi la responsabilité de faire au C.A. ses recommandations quant aux règles de soins médicaux et aux règles d'utilisation des médicaments, il doit donner son avis sur les aspects professionnels de la distribution appropriée des soins médicaux ainsi que sur l'organisation médicale du centre. Il appartient au C.M.D.P. d'élaborer les modalités d'un système de garde assurant en permanence la disponibilité de médecins **pour les soins du centre.**

Quand un département clinique est

institué, sous l'autorité du directeur des services professionnels, c'est au chef de département qu'incombe la responsabilité de s'assurer de la distribution appropriée des soins médicaux dans son département, et d'élaborer pour son département des règles d'utilisation des ressources médicales et matérielles. Envers le C.M.D.P., il a aussi la responsabilité de surveiller la façon dont s'exerce la médecine dans son département, d'élaborer des règles de soins médicaux et des règles d'utilisation des médicaments qui tiennent compte de la nécessité de rendre des services adéquats aux usagers, de l'organisation et des ressources de l'établissement.

Le chef du service médical d'un C.L.S.C., pour sa part, a la responsabilité, en vertu du R.O.A.E., de s'assurer de la distribution des soins médicaux dans le centre. Il agit alors sous l'autorité du directeur général. Sous l'autorité du C.M.D.P., il élabore les règles de soins médicaux en tenant compte de la nécessité de rendre des services adéquats aux bénéficiaires et de l'organisation des ressources du C.L.S.C. En l'absence d'un C.M.D.P., le chef du service médical élabore les règles de soins médicaux en tenant compte de la nécessité de rendre des services adéquats aux bénéficiaires et de l'organisation des ressources du C.L.S.C. Il est aussi chargé de voir au contrôle et à l'appréciation des actes médicaux et d'établir les modalités de la garde, sous l'autorité du C.A.

Dans un centre d'hébergement, en l'absence d'un C.M.D.P. et d'un département clinique de médecine générale, c'est au chef du service médical qu'incombe la responsabilité de s'assurer de la distribution appropriée des soins médicaux dans le centre. Il agit alors sous l'autorité du directeur général. Sous l'autorité du C.A., le chef du service médical doit notamment s'assurer que la distribution des services médicaux est conforme aux besoins des usagers, il doit voir au contrôle et à l'appréciation des actes médicaux dans le centre. Il doit aussi veiller à l'application du règlement sur les actes délégués.



Un exemple

Prenons le cas où un patient présentant des symptômes n'aurait pas vu de médecin lors de sa visite au centre, mais uniquement une infirmière « de garde », et il serait reparti sur une assurance de l'infirmière que tout va bien. Or, il se trouve que ce patient a été mal évalué et il en subit un préjudice.

La responsabilité du C.M.D.P. qui n'aurait pas dénoncé une telle situation serait alors retenue, puisque c'est lui :

- qui a donné son avis sur les règles de soins médicaux élaborées par le chef de médecine ;
- qui a la responsabilité de contrôler et d'évaluer la qualité et la pertinence des actes médicaux dans le centre ;
- qui a la responsabilité de désigner les actes médicaux faits par des infirmières ou des infirmiers et les conditions dans lesquelles ils sont faits.

En l'absence d'un C.M.D.P., la responsabilité du chef du service médical qui n'aurait pas dénoncé une telle situation serait alors retenue, puisque c'est lui :

- qui a la responsabilité de contrôler et d'évaluer la qualité et la pertinence des actes médicaux dans le centre ;
- qui a la responsabilité d'élaborer les règles de soins médicaux, en tenant compte de la nécessité de rendre des services adéquats et de l'organisation des ressources du centre ; et
- qui, dans un centre d'hébergement, a la responsabilité de veiller à l'application du règlement sur les actes délégués, (si dans un C.L.S.C. il n'y a pas de C.M.D.P., c'est le C.M.D.P. d'un autre établissement de la région, avec lequel une entente est conclue à cet égard, qui exerce les fonctions prévues au règlement sur les actes délégués).

Une situation où de tels actes médicaux sont accomplis illégalement doit être dénoncée par le C.M.D.P. ou, en l'absence d'un C.M.D.P., par le chef du service médical.

Cette dénonciation portant sur l'organisation médicale du centre doit préciser que, pour que des actes médicaux ne pouvant être délégués soient posés,

un médecin doit être, de façon exclusive, le seul exécutant.

Chaque médecin a aussi l'obligation de dénoncer cette situation illégale. En effet, en vertu de son code de déontologie, il ne peut accepter dans son lieu d'exercice une situation allant à l'encontre de l'intérêt du patient ou compromettant la qualité des services médicaux. Dans le cas contraire, sa responsabilité professionnelle sera engagée. Rappelons notamment les articles suivants :

« 2.02.08 Le médecin doit s'assurer du respect du présent code par les personnes employées ou associées qui collaborent avec lui dans l'exercice de sa profession.

« 2.03.34 Sous réserve d'une loi ou d'un règlement à l'effet contraire, le médecin ne peut :

(...)

b) confier à une personne qui n'est pas médecin, le soin de poser des actes qui relèvent de l'exercice de la médecine ;

(...)

d) collaborer avec une personne qui exerce illégalement la médecine. »

De plus, tout médecin, en vertu du règlement de l'article 31 sur les actes délégués, doit, s'il le juge nécessaire dans les circonstances, contrôler l'exécution d'un acte délégué et s'assurer qu'il y a indication d'y procéder.

La responsabilité civile de l'établissement

C'est d'abord la responsabilité civile de l'établissement qui sera retenue. La population s'attend à avoir une opinion médicale sur son état de santé, et se fie à la qualité de l'opinion qu'on lui donne. Or, dans certains cas, les patients ne verront pas de médecin.

L'infirmière et l'infirmier sont des employés de l'établissement et, lorsque leurs actions causent un préjudice, c'est l'employeur, l'établissement, qui sera tenu responsable. En effet, les obligations en responsabilité civile de l'établissement font que, s'il laisse perdurer de telles situations, il n'aura pas pris

le meilleur moyen pour que soit établi le diagnostic, c'est-à-dire qu'il soit établi par un médecin. Nous comprenons mal qu'un établissement veuille établir un tel fonctionnement quand nous savons pertinemment que les conseillers en gestion des risques auprès des établissements dénonceraient cette situation.

Le C.M.D.P., ou le chef du service médical s'il n'y a pas de C.M.D.P., a dénoncé une situation de « garde nursing » inappropriée et illégale. Qu'arrive-t-il dans l'hypothèse où les ressources d'un C.L.S.C., par exemple, ne permettent pas d'assurer la présence de médecins dans le centre pour toute la durée du « sans rendez-vous » ? La population sera induite en erreur du fait qu'il n'y a pas de médecin dans le centre. La seule solution est de réduire les heures d'ouverture du « sans rendez-vous », afin qu'elles correspondent précisément aux heures de présence des médecins. Il en va de la responsabilité de chacun.

Il est possible de prévoir qu'un médecin soit présent dans le centre pendant les cliniques de « sans rendez-vous nursing ». Si seuls des actes délégués et accomplis suivant les protocoles établis sont effectués durant ces cliniques, le médecin n'a pas à être assigné au « sans rendez-vous ». Il faut cependant tenir compte de la probabilité presque inéluctable que des soins médicaux urgents devront être dispensés durant ces cliniques, soins que le médecin présent dans le centre devra dispenser.

Si les infirmières accomplissent des actes médicaux non délégués, le processus de dénonciation doit être le même que si aucun médecin n'était sur place.

D'autres situations doivent aussi être évaluées d'après ce principe : par exemple, la présence d'une infirmière à l'urgence, alors que le médecin de garde a dû répondre à un appel à l'étage, les actes accomplis par les infirmières ou les infirmiers visitant les patients en convalescence à domicile.

Pour conclure, nous n'insisterons jamais assez sur l'obligation du

CYTOTEC (misoprostol) 200 µg

THÉRAPEUTIQUE

INDICATION THÉRAPEUTIQUE Agent protecteur de la muqueuse

INDICATIONS CYTOTEC (misoprostol) est indiqué pour la prévention des ulcères gastriques causés par les AINS. Les personnes susceptibles de souffrir de complications dues aux AINS qui peuvent nécessiter une protection incluent les suivantes : • Les personnes ayant des antécédents d'ulcère ou de lésions importantes des voies gastro-intestinales, érosives de plus de 60 ans. • Les patients que l'on juge exposés à un risque à cause d'un état de santé médiocre, souffrant d'une affection concomitante grave du point de vue médical ou ceux qui représentent un mauvais risque chirurgical. • Les patients invalidés par une symptomatologie articulaire (p. ex. score de l'indice d'invalidité HAQ > 0,3) ou aux prises avec de graves manifestations générales d'arthrite. • Les personnes qui prennent d'autres médicaments pour causer des lésions ou exacerber les lésions au niveau du tube digestif comme les corticostéroïdes et les anti-inflammatoires non stéroïdiens. • Les patients prenant de fortes doses d'un AINS ou suivant une polythérapie par AINS, y compris ceux qui prennent de fortes doses d'un AINS est le plus grand au cours des trois premiers mois de traitement par AINS. CYTOTEC est également indiqué pour le traitement des ulcères gastriques causés par les AINS (définition : diamètre > 0,3 cm de diamètre) et pour le traitement des ulcères duodénaux.

CONTRA-INDICATIONS Sensibilité connue aux prostaglandines, analogues de la prostaglandine ou excipients (microcristal d'hydroxypropyl méthylcellulose, glycolate sodique d'amidon et huile de ricin hydrogénée). Il est contre-indiqué chez les femmes enceintes. Au moindre doute d'une grossesse, l'emploi de ce médicament doit être interrompu.

PRÉCAUTIONS Les femmes en état de procréer doivent employer une méthode de contraception efficace (c'est-à-dire soit orales, stériles) lorsqu'elles sont soumises à un traitement au CYTOTEC (misoprostol) (voir CONTRE-INDICATIONS). L'emploi pendant l'allaitement : Il est peu probable que CYTOTEC soit excrété dans le lait maternel étant donné qu'il est métabolisé dans tout le corps. Mais on ignore si le métabolite actif (acide du misoprostol) est excrété dans le lait maternel. CYTOTEC ne doit donc pas être administré aux femmes qui allaitent étant donné que l'excrétion possible de misoprostol dans le lait maternel peut entraîner une diarrhée significative chez les nourrissons. Emploi en pédiatrie : L'efficacité de CYTOTEC chez les patients de moins de 18 ans n'ont pas encore été établies.

EFFETS INDÉSIRABLES Sélection des patients : La prudence est de rigueur si l'on se fonde uniquement sur la symptomatologie biliaire pour diagnostiquer et déterminer le schéma du traitement subséquent, puisqu'il n'a pas été démontré que CYTOTEC exerce un effet sur la douleur ou les maux de tête gastro-intestinaux. Avant d'entreprendre le traitement, un diagnostic d'un ulcère duodénal ou d'un ulcère gastrique causé par les AINS doit être établi. De plus, la santé générale ne doit faire l'objet d'une étude. Le misoprostol est rapidement métabolisé par la plupart des tissus humains en des métabolites inactifs. Toutefois, il faut administrer CYTOTEC avec prudence aux patients souffrant d'insuffisance rénale ou hépatique (voir PHARMACOLOGIE CLINIQUE : Pharmacocinétique). Diarrhée : De rares cas de diarrhée prononcée ayant une déshydratation importante ont été signalés. Les patients qui présentent une affection sous-jacente, comme le diabète, ou chez lesquelles une déshydratation, si elle survenait, pourrait entraîner des conséquences désastreuses faire l'objet d'une surveillance étroite quand on leur prescrit CYTOTEC. Usage chez les personnes âgées ou les reins : Points à considérer relativement au réglage de la posologie : Chez les sujets de plus de 64 ans et les reins, il se peut qu'il y ait altération de la pharmacocinétique, mais que cela ne soit pas d'un degré significatif (voir PHARMACOLOGIE CLINIQUE : Pharmacocinétique). Le réglage posologique de routine n'est pas recommandé chez les plus âgés, ni chez les insuffisants rénaux. Réduire la posologie si la dose habituelle n'est pas recommandée dans les reins, on recommande une dose initiale du bas de l'éventail posologique (100 µg BID). Interactions médicamenteuses : • La liaison aux protéines de l'acide du misoprostol (le métabolite actif du misoprostol) n'a pas été affectée par la ranitidine, la diphénylbutazone, la warfarine, le diazépam, le méthylidopa, le propranolol, le fentanyl, le cimetidine, l'acétaminophène, l'ibuprofène, le chlorpropamide et l'hydrochlorothiazide. • L'acide salicylique (ML) a baissé la liaison aux protéines du misoprostol de 84 % à 52 %, ce qui n'est pas considéré cliniquement pertinent puisque la liaison de l'acide du misoprostol n'est pas considérable et sa demi-vie d'élimination est très brève. Les études de laboratoire n'ont révélé aucun effet significatif du misoprostol sur le système d'oxydase hépatique à fonction des cytochromes P450 et, par conséquent, il ne devrait pas affecter le métabolisme de la theophylline, de la lidocaïne, des benzodiazépines ou d'autres médicaments normalement métabolisés par ce système. • Aucune interaction n'est imputable à l'emploi du misoprostol n'a été signalée jusqu'à présent (voir PHARMACOLOGIE CLINIQUE : Pharmacocinétique). Les prostaglandines et analogues de la prostaglandine peuvent avoir un effet hypotenseur par vasodilatation. Les résultats des études cliniques réalisées jusqu'à présent ont mis en évidence que CYTOTEC (misoprostol) provoque d'hypotension à des doses efficaces favorisant la cicatrisation de l'ulcère. CYTOTEC devrait cependant être évité avec circonspection en présence d'états malades où l'hypotension pourrait précipiter des complications graves, telles qu'une maladie vasculaire cérébrale ou une maladie coronarienne. On a signalé des crises d'épilepsie suivant de prostaglandines ou d'analogues de la prostaglandine administrés par une voie autre que la voie orale. En conséquence, les comprimés de misoprostol doivent être utilisés chez les épileptiques reconnus seulement lorsque leur épilepsie est bien contrôlée et que les bénéfices escomptés dépassent les risques possibles. Une réponse symptomatique à CYTOTEC n'exclut pas la présence d'une tumeur maligne gastrique.

EFFETS INDÉSIRABLES Effets gastro-intestinaux : Chez les sujets recevant 400 ou 800 µg de CYTOTEC (misoprostol) par jour lors des essais cliniques, les réactions indésirables de nature gastro-intestinale les plus fréquentes ont été la diarrhée, les douleurs abdominales et la flatulence. Les incidences moyennes de ces réactions ont été de 11,4 %, 6,8 % et 2,9 %, respectivement. L'administration d'une dose de 400 µg b.i.d. au cours des essais cliniques a entraîné une incidence de diarrhée de 12,6 %. Ces réactions étaient généralement passagères et leur degré de gravité était léger ou modéré. Quand la diarrhée a été observée, elle est habituellement survenue au début du traitement, a disparu d'elle-même et a nécessité l'interruption du traitement chez moins de 2 % des patients. On peut limiter l'incidence de la diarrhée à un minimum en ajustant la posologie de CYTOTEC, en administrant le médicament après l'ingestion d'un aliment et en évitant la consommation de CYTOTEC avec des antiacides renfermant du magnésium. Effets gynécologiques : Les femmes qui ont reçu CYTOTEC lors des essais cliniques ont signalé les troubles gynécologiques suivants : microrragies (0,7 %), crampes (0,6 %), hyperménorrhée (0,5 %), troubles menstruels (0,3 %) et dysménorrhée (0,1 %). Personnes âgées : On n'a pas observé de différence significative dans le profil d'innocuité de CYTOTEC chez environ 500 patients ulcérés âgés de 65 ans ou plus, par comparaison avec les patients plus jeunes. Lors de notre surveillance post-commercialisation de CYTOTEC, la confusion a été signalée chez un petit nombre de patients. Incidence supérieure à 1 % : Lors des essais cliniques, les réactions suivantes ont été signalées par plus de 1 % des sujets recevant CYTOTEC et elles peuvent être reliées au médicament observées (3,2 %), maux de tête (2,4 %), dyspepsie (2,0 %), vomissements (1,3 %) et constipation (1,1 %). Mais on n'a pas observé de différences cliniques significatives entre les incidences de ces réactions avec CYTOTEC et avec un placebo.

POSOLOGIE ET ADMINISTRATION Traitement et prévention des ulcères gastriques causés par les AINS : La posologie orale recommandée pour CYTOTEC (misoprostol) chez l'adulte pour la prévention et le traitement de l'ulcère gastrique causé par les AINS est de 400 à 800 µg par jour en doses fractionnées. Les AINS doivent être pris selon les directives du médecin. CYTOTEC et les AINS seront pris de façon simultanée si cela est approprié. CYTOTEC doit être pris après l'ingestion d'un aliment. Ulcère duodénal : La dose orale recommandée de CYTOTEC (misoprostol) pour le traitement de l'ulcère duodénal chez l'adulte est de 800 µg par jour pendant 4 semaines en deux à quatre doses fractionnées égales (c'est-à-dire 200 µg q.i.d. ou 400 µg b.i.d.). La dernière dose doit être prise au coucher avec un aliment. Pour le soulagement des douleurs, on peut ajouter des antiacides (à base d'aluminium) au traitement, selon le cas. Le traitement devrait être maintenu pendant 4 semaines à moins que la cicatrisation n'ait été confirmée par endoscopie en une période plus courte. Dans les rares cas où la cicatrisation de l'ulcère n'est pas complétée après un traitement de 4 semaines, le traitement au CYTOTEC peut être prolongé pendant 4 autres semaines. Usage chez les personnes âgées ou les insuffisants rénaux : Points à considérer relativement au réglage de la posologie : Les études pharmacocinétiques effectuées chez des malades présentant différents degrés d'insuffisance rénale ont mis en évidence des valeurs T_{1/2}, C_{max} et AUC près du double de celles observées chez les sujets normaux, mais on n'a établi aucune corrélation nette entre le degré d'insuffisance et l'aire sous la courbe (AUC). Chez les sujets de plus de 64 ans, il peut y avoir altération de la pharmacocinétique bien que, pour les deux groupes de patients, les changements pharmacocinétiques ne soient pas significatifs du point de vue clinique. Le réglage posologique de routine n'est pas recommandé chez les patients plus âgés, ni chez les insuffisants rénaux, mais il peut se révéler nécessaire de réduire la posologie chez les personnes qui ne tolèrent pas la dose habituelle. Dans les cas d'insuffisance rénale, on recommande une dose initiale du bas de l'éventail posologique (100 µg BID).

PRÉSENTATION Les comprimés CYTOTEC (misoprostol) à 200 µg, blancs à blanchâtres, rainurés et hexagonaux portent l'inscription SEARLE 1461 sur un côté. Offerts en flacons de 120 et 500 comprimés. Les comprimés CYTOTEC à 100 µg, blancs à blanchâtres et ronds portent l'inscription SEARLE sur un côté et CYTOTEC sur l'autre. Offerts en flacons de 100 comprimés. Conserver au-dessous de 30°C (86°F). Au pharmacien : Délivrer le médicament avec le feuillet d'information destiné aux patients.

Références : 1. Elliott DP. Annals of Pharmacotherapy 1990; 24 : 954-957. 2. Agrawal NW et coll. Annals of Internal Medicine 1991; 115(3) : 195-200. 3. Cryer B, Feldman M. Arch Intern Med 1992 (juin); 152 : 1145-1153. 4. Frier JF. J of Musculoskeletal Medicine 1991; 2 : 21-28. 5. Gabriel SE et coll. Annals of Internal Medicine 1991; 115(10) : 761-796. 6. Monographie de Cytotec, Searle Canada Inc. 7. Graham DY, Agrawal NM, Roth SH. The Lancet 1988; 2 : 1277-1280.

Monographie du produit envoyée sur demande.

CCPP

SEARLE CYTOTEC B.I.D.
(misoprostol) 200 µg

400 Inroquois Shore Road,
Oakville, Ontario L6H 1M5

AUX REPAS

C.M.D.P. (ou, s'il n'y en a pas, du chef du service médical) de dénoncer le fait que des infirmières ou des infirmiers accomplissent illégalement des actes médicaux, qui ne peuvent être délégués, et donnent son congé à un patient qui s'est présenté pour recevoir des soins médicaux, sans qu'un médecin ne l'ait vu. La dénonciation d'une telle situation se produisant ou se préparant dans votre établissement doit se faire d'abord au C.A. de l'établissement, mais aussi à l'Association canadienne de protection médicale, au Collège des médecins du Québec ainsi qu'à l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Il est important que le C.M.D.P. (ou s'il n'y en a pas, le chef du service médical) et les médecins se dissocient d'une telle position illégale de l'établissement afin de s'assurer de n'en être pas tenus responsables.

Dans le cas d'une éventuelle poursuite en responsabilité, les intervenants médicaux, C.M.D.P., chef de département, chef du service médical et médecins, pourraient ainsi démontrer qu'ils ont rempli leurs obligations. □

La pharmacovigilance, c'est l'affaire de tous!

Communiquez avec nous pour notifier un effet indésirable s'il est :

- Grave
- Inattendu
- Ou relatif à un médicament récemment commercialisé

EIM QUÉBEC

Téléphone : (514) 338-2961

Télécopieur : (514) 338-3670

Centre Régional du Québec de notification des effets indésirables des médicaments (EIM)

Le Centre Régional est une initiative de la Direction des Médicaments de Santé Canada.

L'empire médical

Conscients des impacts de la reconfiguration du réseau de la santé sur leur profession, certains médecins tentent de supplanter les tâches des infirmières, d'autres de dédoubler leurs services

JENNIE SKENE

Présidente de la Fédération des infirmières infirmiers du Québec (FIIQ)

Sous l'effet des impacts de la reconfiguration du réseau de la santé sur leur profession, certains médecins tentent de supplanter les infirmières dans des tâches qu'elles exercent avec compétence tandis que d'autres s'apprêtent

à doubler leurs services. Dans les CLSC, plusieurs médecins ont opté une ligne dure et corporatiste depuis des décennies les membres de CLSC tiennent à bout de leurs services de première ligne, des soins, soutenus par la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMQ), tentent de les en écarter. Pendant longtemps, ils ont boudé le volet lucratif de la pratique en CLSC et ont préféré ouvrir des polycliniques pri-

vées et la rémunération à salaire dans les CLSC et la rémunération à l'acte («la guquette») dans les cliniques privées. Ce choix s'est porté vers les pro-

cessaires. Pendant longtemps, les infirmières de CLSC ont perdu leur expertise et développé une approche de santé communautaire axée sur la prévention de la maladie et le maintien de la santé.

En voulant agir sur un avis juridique défavorable portant sur le partage des responsabilités entre médecins et infirmières dans les CLSC, certains médecins de CLSC veulent empêcher les infirmières de faire ce qu'elles font depuis des années: procéder à certains examens physiques, donner des conseils aux usagers vers les ressources du système de santé, prodiguer des soins infirmiers à l'occasion de consultations sans rendez-

vous. L'avis en question, qui devrait référer à l'acte (ou enfant) qui vient de naître, par exemple, consulter pour un examen. Le médecin devrait donc être la seule personne qui se présente en CLSC pour un examen de santé, même si l'infirmière est mesurée d'évaluer qu'une consultation médicale est inutile et même si cette décision inopportune implique que la patiente souffrante doit attendre, revenir à un autre moment ou aller consulter une polyclinique privée. La nouvelle façon de faire, en plus de coûter des coûts pour le système, a aussi pour effet de diminuer l'accessi-



PHOTO ROBERT SKINNER

Certains médecins de CLSC veulent empêcher les infirmières de faire ce qu'elles font depuis des années.

bilité aux services et de médicaliser davantage les interventions.

Dans le contexte où une étude de l'OCDE nous apprendrait qu'entre 70 % et 80 % des dépenses totales de santé relèvent de l'impact des décisions médicales sur l'utilisation des autres services de soins, il est à craindre que cette médicalisation vienne annuler les efforts actuels de rationalisation.

La solution: une réduction de la capacité des écoles de médecine à former de nouveaux diplômés

En voulant transférer aux CLSC le modèle hospitalier, les médecins tentent encore une fois de protéger leur monopole dans le marché des soins.

Par ailleurs, de nombreux médecins disent vouloir recommencer les visites à domicile, pratique peu rémunératrice qu'ils avaient partiellement abandonnée. Le bien-fondé de la remise à l'honneur des visites médicales à domicile est d'autant plus douteux qu'elle s'accompagne d'une demande visant à doubler les tarifs payés par la RAMQ. Selon les médecins, ce tarif devrait passer de 38 \$ par visite à domicile à 75 \$.

Il faut savoir qu'à l'exception des cas

qui sont assumés par Urgence-Santé, la majorité des visites à domicile consiste en un suivi des clientèles âgées. Les médecins voudraient donc recommencer à aller à domicile pour contrôler l'état de santé des personnes âgées, vérifier leur pression, veiller à ce qu'elles prennent adéquatement leurs médicaments, etc.

Bref, ils aspirent à réaliser, à un coût supérieur, des interventions qui relèvent directement de la mission des infirmières de CLSC, dans le cadre des programmes de maintien et de soins à domicile. Il y a là un risque de dédoublement de services et d'augmentation des coûts.

La réaction des médecins, face aux appréhensions engendrées par les fermetures et les changements de mission des établissements, est inquiétante à plus d'un titre car le pouvoir qu'a le corps médical de rester maître de son propre travail est encore très fort.

Certains médecins sont bousculés par les fermetures et les changements de mission des établissements et ils ont, tout comme les autres salariés mis de côté par la restructuration, le droit de se chercher une nouvelle place au soleil.

Par contre, dans leurs cas, les solutions semblent plus faciles à trouver. Ils se sont fait offrir une retraite dorée sur un plateau

d'argent; il y a encore des régions qui souffrent de pénurie de médecins; il y a toujours de la place, en CLSC, pour les médecins qui acceptent de travailler à salaire, selon des horaires qui garantissent une meilleure accessibilité aux services, dans des programmes qui relèvent directement de leur compétence.

Malgré tout, il y a probablement trop de médecins en activité car les besoins actuels ont été évalués à partir de projections surfaibles; en 1984, la Commission Hall avait estimé qu'en 1991 au Canada, il y aurait 40 000 médecins pour une population de 35 millions de personnes. En réalité, on comptait cette année-là 60 000 médecins pour une population de 28 millions.

Dans cette perspective, la solution réside du côté d'une réduction importante de la capacité des écoles de médecine à former de nouveaux diplômés.

Cette voie nous semble de beaucoup supérieure à la substitution des infirmières par des médecins qui utilisent leur statut d'entrepreneur libre pour étendre leur monopole et soutirer tout ce qu'ils peuvent du système de rémunération à l'acte qui, d'après l'OCDE, est déjà responsable de presque 25 % des coûts du système de santé.

ANNEXE II

GRILLE DE LECTURE

Nom de l'acteur social: _____

Titre du document: _____

QUI PARLE

A) AUTEURS FORMANT UN COMITÉ (identification du comité producteur du document analysé)

1. *Composition du comité*: Nombre de membres élus et nommés;

Nom des membres Profession Type et lieu de pratique

2. *Statut du comité*:

. Statutaire ou ad hoc;

. Mandat du comité et créé par qui;

. Date de mise sur pied du comité;

. Raison(s) pour laquelle il a reçu ce mandat;

3. Quel est le processus méthodologique de la mise en forme du document? (ex. 1ere rédaction, consultation, 2e rédaction etc. le comité a-t-il sondé des organismes, s'est-il adjoint de certaines compétences?)

B) AUTEURS NON REGROUPÉS EN COMITÉ

4. *Identification du (des) auteur(s)*

Nom Profession Type et lieu de pratique

5. Quel est le processus méthodologique de la mise en forme du document? (ex. 1ere rédaction, consultation, 2e rédaction etc. le comité a-t-il sondé des organismes, s'est-il adjoint de certaines compétences?)

IDENTIFICATION DU DOCUMENT

6. Identification du type de document analysé

- . Article de périodique;
- . Rapport commandé;
- . Allocution;
- . Avis de l'auteur;
- . Rapport de recherche;
- . Autre.

DE QUOI PARLE-T-ON

7. Comment conçoit-on la santé dans ce document, et/ou comment doit-elle être conçue ?

8. Si l'on conçoit la santé en termes de prestation de services de santé, comment conçoit-on cette prestation? qui sont les acteurs identifiés? dans quels termes?

Prestation Acteurs Termes

9. Parle-t-on de système de santé, d'ensemble ou de structure? comment le définit-on, et/ou comment devrait-on le définir?

Terme définition

10. Distingue-t-on des types de services? si oui, quels sont ces types? quelle sont leurs fonctions? qui sont les acteurs de chaque type? et, quel est le rôle de chaque acteur?

Type Fonction Acteur Rôle

11. Si l'on parle de services de premier niveau, que désigne-t-on comme composant, et/ou devant composer, ces services?

12. Si l'on parle des services de 2e et 3e niveaux, que désigne-t-on comme composant, et/ou devant composer, ces services?

13. Comment conçoit-on les liens entre les différentes composantes de la prestation des services (ex. entre 1er, 2e et 3e niveau ou entre les services médicaux généraux, spécialisés et ultra-spécialisés etc)

14. Quelles sont les caractéristiques utilisées pour parler de l'omni? quels sont les éléments retenus par le locuteur quant à ce qu'est, ou devrait être, le travail de l'omni?

Caractéristiques

Travail

15. Ce travail se fait-il, ou devrait-il se faire, dans un lieu donné? dans une structure donnée? auprès de qui? avec qui? avec quels instruments ou quelles ressources?

Lieu

Structure

Auprès de qui

Avec Qui

Avec quels instruments ou quelles ressources

16. Quels sont les termes utilisés pour parler du médecin spécialiste ou surspécialiste? quels sont les éléments retenus par le locuteur quant à ce qu'est, ou devrait être, le travail du spécialiste ou surspécialiste? comment est-il, ou devrait-il être, réalisé?

Caractéristiques

Travail

17. Ce travail se donne-t-il dans un lieu donné? dans une structure donnée? auprès de qui? avec qui? avec quels instruments ou quelles ressources?

Lieu

Structure

Auprès de qui

Avec Qui

Avec quels instruments ou quelles ressources

18. Parle-t-on de besoin de réforme, de transformation ou de restructuration dans ce document? si oui, comment justifient-on ce besoin? quelles sont les causes?

Réforme

Justifications

Causes

19. Quel sera l'impact de cette réforme, transformation ou restructuration pour les omni ou sur la dispensation de leurs soins? quel sera l'impact pour les autres acteurs ou sur la dispensation de leur soins?

Impact pour omni

Impact pour autres acteurs

Acteurs Impact

20. Quelles sont les caractéristiques utilisées pour parler du citoyen?

21. Quelles sont les caractéristiques utilisées pour parler de du gouvernement?

22. Si on nomme d'autres acteurs, qui sont-ils? quelles sont les caractéristiques utilisées pour parler?

Acteurs Caractéristiques

COMMENT EN PARLE-T-ON

23. Quelle est la structure du texte?

. Table des matières (chapitre, sous-chapitre etc.);

24. Quels sont les termes les plus fréquemment utilisés et qui semblent des leitmotifs?

25. L'auteur s'appuie-t-il sur des recherches antérieures ou des modes de fonctionnement d'autres provinces ou pays? sur des données? lesquelles? quelles sont les sources?

Recherches antérieures ou autres provinces ou pays

Données Sources

26. Fait-il ressortir des points positifs ou négatifs du système de santé?

Points positifs Points négatifs

27. Quelle est la logique d'enchaînement des idées?

28. Quels sont les arguments utilisés pour faire adopter sa vision au lecteur selon les trois efficacités symboliques définies au chapitre deux du mémoire?

1) Efficace polémique: identifier et disqualifier les concurrents. Fait-on des critiques, et/ou commentaires, à l'égard des solutions ou propositions des autres organismes? si oui, lesquels?

Critiques et/ou commentaires

2) Efficace légitimateur: démontrer que sa vision est pertinente. Quels sont les termes utilisés pour signifier les principes ou les valeurs au nom desquels on se définit comme locuteur pertinent?

Termes de principes ou de valeurs

3) Efficace d'action: présenter ses plans comme étant la seule solution possible compte tenu des circonstances préalablement décrites. Propose-t-on des solutions aux problèmes identifiés dans le système de santé? si oui, lesquelles? dans quels termes? comment fait-on la "preuve" que ces solutions sont les bonnes?

Solutions

Termes

Preuve

ANNEXE III

GRILLE DE PRÉSENTATION DES DONNÉES RECUEILLIES À L'AIDE DE LA GRILLE DE LECTURE¹
(Grille de présentation des positions des locuteurs)

	CMQ	Le Collège	FMOQ	PROF./CHERCHEUR
1. et 4 ² . Nombre de membres Profession	14 personnes; 9 hommes et 5 femmes dont 12 md, 1 infirmière, 1 administrateur	12 personnes; 6 hommes, 6 femmes dont 8 md, 1 étud., 1 représentant du public, 1 infirmière, 1 pharmacienne	10 personnes; 9 hommes et 1 femme dont 8 omnis et 2 économistes	4 md de famille; 3 hommes et 1 femme
2. ³ Statut du Comité, date mise sur pied	Ad hoc 4/93	Ad hoc 3/96	Statutaire 1/96	----- ⁴
3. et 5. Processus méthodologique	Analyse de la littérature et rencontre des représentants d'associations médicales	-----	Présentation et discussion du rapport aux assemblées générales puis cueillette et analyse des commentaires et suggestions	-----
6. Type de document	1 Rapport (1996) 1 Avis (1995) ¹	1 Allocution (1997) 1 Doc. de consultation (1997)	1 Rapport (1997) 1 Analyse (1997)	1 Article (1996)
7. Conception de la santé par le locuteur	En terme d'amélioration de la santé, d'espérance de vie, de mortalité évitable et de qualité de vie	-----	Mesuré par l'espérance de vie	La santé implique l'amélioration de la santé des groupes à risques, l'accroissement d'opportunité pour la promotion de la santé et la prévention de maladie
8. Conception des prestations de services de santé sur la santé	Les services médicaux ont contribué à l'amélioration de la santé de la pop; la liberté totale d'accès aux serv. médicaux n'est pas garante d'amélior. de santé	Une médecine de qualité contribue à améliorer la santé de la population	L'évolution de la pratique médicale et du système ainsi que la contribution des omnis ont aidé à l'amélioration de la santé de la population	L'amélioration du système de distribution de soins de 1ère ligne = bien-être de la population
9. Parle-t-on de système de santé, d'ensemble ou structure	Régime d'assurance-maladie, système de santé, système de soins et régime de santé	Système de santé public	Système de santé, système sociosanitaire, système de santé et de services sociaux	Système de soins de santé, système de distribution de soins

10.1 Type de services distingués	1ière ligne, 2e ligne et 3e ligne	1ière ligne, 2e ligne et 3e ligne	1ière ligne, 2e ligne et 3e ligne	1ière ligne seulement
10.2 Fonction de la première ligne	Porte d'entrée aux services médicaux; services médicaux courants; services médicaux intégrés	Responsable de pop.; prendre la relève lors de réduction de lit d'hôpitaux; être fonctionnel pour réussite du "virage ambulatoire"	Porte d'entrée aux services médicaux; offrir des soins médicaux généraux; source principale de soins	Activité de prévention; centre du système; coordination des soins; coord. l'accessibilité des différents niveaux de soins
10.3 Acteurs oeuvrant en 1ère ligne	Omni, infirmière, dentiste, optométriste, physiothérapeute, psychologue, pharmacien	Omnipraticien	Omnipraticien	Médecin de famille, CLSC, unité de médecine familiale, cabinet privé
10.4 Rôles des acteurs de 1ère ligne	Consolidé autour de md de famille; dispenser soins généraux; resp. du maintien de santé des patients, des serv. médicaux courants et continuité; pivot prise en charge des patients; resp. de l'orientation et suivi du patient; point de contact de la pop. avec le réseau	Médecin traitant habituel; établir les besoins de soins et y répondre; défendre les intérêts des patients; agent de liaison; pilier du "virage ambulatoire"	Porte d'entrée aux serv. médicaux; accessibilité aux soins médicaux généraux; offrir une couverture adéquate des soins de 1ère ligne; jouer un rôle dans 2e et 3e ligne	Coordonner les soins de santé primaires; assurer la continuité; soignant principal; leader dans plusieurs éléments de soins de santé
10.5 Fonction de la 2e ligne	Service d'assistance, de soutien, d'hébergement	----	----	----
10.6 Acteurs oeuvrant en 2e ligne	L'ensemble des md spéc. et omni dans milieux hospitaliers	----	omnis	----
10.7 Rôles des acteurs de 2e ligne	Consultant; retourner patients en 1e ligne quand l'état l'indique; complémentaire aux généralistes; agent de support professionnel aux intervenants de 1ère ligne	----	----	----

10.8 Fonction de 3e ligne	-----	-----	-----	-----
10.9 Acteurs oeuvrant en 3e ligne	Md spécialistes et surspécialistes	-----	omnis	-----
10.10 Rôles des acteurs de 3e ligne	Dispenser soins très spécifiques et étroits	-----	-----	-----
11. Composantes des services de premier niveau	Point de contact de la pop. avec le réseau; serv. médicaux intégrés et courants; pivot de la prise en charge des patients; ensemble de services courants de santé; accessibilité ds délai raisonnable et proche géographiquement; globalité, continuité, homogénéité	Responsabilité de population	Porte d'entrée aux services médicaux généraux	Leader dans plusieurs éléments de soins de santé
12. Composantes des services de 2e et 3e niveaux	<u>2e L</u> = serv. d'assistance, de soutien et d'hébergement; accès sur référence de md de 1e ligne et certains professionnels; services spécifiques et ponctuels <u>3e L</u> = serv. ultraspécialisés seulement sur référence de md	-----	-----	-----
13. Comment le lien entre les lignes doit-il être effectué et par qui	Les relations entre 1ère et 2e lignes sont très importantes pour la continuité des soins (aucune précision sur qui doit faire le lien)	L'omni doit faire lien entre autres md et autres professionnels; une technologie de l'information pour faire liens entre les milieux et les professionnels	-----	Le médecin de famille devrait être le lien entre les patients et le réseau
14. Caractéristiques des omni et de leur trav ^s .				

14.1 Omni= md de famille	OUI	OUI	OUI	OUI
14.2 Patient doit s'inscrire auprès d'un omni	OUI	NON	NON	----
14.3 Omni doit être responsable de pop.	OUI	OUI	OUI	OUI
14.4 Omni doit assurer la globalité	OUI	OUI	OUI	OUI
14.5 Omni doit coordonner les soins	OUI	----	----	OUI
14.6 Omni est le md. traitant habituel	----	OUI	----	OUI
14.7 Omni= intégrateur soins 1ère ligne.	OUI	----	OUI	OUI
14.8 Omni= responsable de l'orientation des patients	OUI	----	----	OUI
14.9 Omni= moyen d'accès aux spécialistes	OUI	NON	----	OUI
14.10 Omni= porte d'entrée aux services médicaux	OUI	----	OUI	OUI
14.11 Omni travaille en 1_re ligne	OUI	OUI	OUI	OUI

14.12 Omni travaille en 2e ligne	Exceptionnellement	----	OUI	----
14.13 Omni travaille en 3e ligne	----	----	OUI	----
14.14 Omni= agent de liaison	----	OUI	----	OUI
14.15 Omni doit prendre le patient en charge	OUI	OUI	OUI	----
14.16 Omni= resp. de la continuité des soins	OUI	OUI	----	OUI
14.17 Mode de rému-nération pour omni	Per capita	----	Méthode mixte	Méthode mixte
15.1 Lieu de travail des omnipraticiens	Cabinets privé; CLSC; à domicile; en milieu de travail; dans institution d'enseignement	----	Hôpital; cabinet privé; CLSC; salle d'urgence; à domicile; CHSLD	Cabinets privé; serv internes hôpitaux; CLSC; salle d'urgence; à domicile; CHSLD
15.2 Dans quelle structure doit-il être effectué?	Infrastructure légère	----	Dans toutes les structures de soins	----
15.3 Auprès de qui?	Une population vivant à domicile; une collectivité; enfants; ados.; adultes; aînés; groupes ethniques	Une population déterminée d'un territoire	Clients variés, ambulants et hospitalisés	Une population définie
15.4 Avec qui?	----	Une équipe d'omnis, une équipe d'omnis et spéc. et de plusieurs professionnels de la santé	Divers professionnels de la santé et des services sociaux	Une équipe multidisciplinaire; infirmière; travailleuse sociale; autres professionnels de la santé

15.5 Avec quels instruments et quelles ressources?	-----	Avec les ressources du territoire déterminé	-----	-----
16.1 Caractéristiques des spécialistes et de leur travail	Habilité à agir à titre de consultant et à dispenser soins spécifiques dans champ particulier; sont en compétition pour allocation des ressources et pour privilège de pratique; il y a pénurie de md ultraspécialisés; opte de + en + pr pratique exclusive en privé; fait de + en + de sans rendez-vous; opte pr une pratique itinérante	-----	-----	-----
16.2 Nature du travail des spécialistes	Résoudre problèmes complexes de santé; consultation; investigation poussée; traitement spécialisé; encadrement particulier; consacrer majorité de leur pratique aux patients hospitalisés	La tendance de prise en charge d'une population devrait s'étendre aux spécialistes	-----	-----
17.1 Lieu de travail des spécialistes	<u>2e L.</u> = dans toutes les régions du Québec; CHSG; centre d'hébergement; CHSLD; centre de réadaptation; CHSCD; en privé; <u>3e L.</u> = en CH à vocation ultraspécialisée	Spécialistes à faibles effectif dans C.H. spécialisés	-----	-----
17.2 Dans quelle structure?	<u>2e L.</u> et <u>3e L.</u> = dans infrastructure adaptée aux serv. spécialisés	Plateau technique et sophistiqué de CH spécialisé	-----	-----
17.3 Auprès de qui?	Les gens qui ne peuvent demeurer à domicile; personnes ne pouvant être soignés en 1e L.; une classe de gens	-----	-----	-----

17.4 Avec qui?	<u>3e L.</u> , toute une équipe de soins	Spécialistes d'appui ou support d'omnis en région	----	----
17.5 Avec quels instruments et quelles ressources?	<u>2e L</u> = technologie diagnostique et thérapeutique lourde mais répandue; <u>3e L</u> = plateaux techniques à la fine pointe et équipements sophistiqués	----	----	----
18.1 Parle-t-on de réforme ou de changements?	OUI	OUI	OUI	OUI
18.2 Quels changements propose-t-il?	Une organisation basée sur la hiérarchisation des soins de santé	La mise sur pied de CMDP régionaux et création d'un véritable département clinique regroupant l'ensemble des départements cliniques de médecine générale	La mise sur pied de Département régional de médecine générale (DRMG)	Que le md. de famille ait un rôle central dans la hiérarchisation des soins
18.3 Quelles sont les justifications pour faire des changements?	Pour conserver les caractéristiques fondamentales du système, atteindre les objectifs de la politique de bien-être avec les défis des prochaines années; favoriser une approche globale; circonscrire le magasinage; assurer une continuité des serv.; limiter le dédoublement des tests; permettre une cohérence dans les prescriptions; maintenir la liberté thérapeutique; enrayer surplus de main-d'oeuvre; stimuler l'atteinte d'objectif de santé; garantir l'accessibilité; limiter la croissance des coûts et conserver le principe de solidarité	Pour tourner la page à une médecine épisodique; avoir plus de continuité et de coordination entre md et entre profs; uniformiser les pratiques; pr offrir la gamme de serv. auxquelles la pop. est en droit de s'attendre; pr responsabiliser le md envers une pop.; pour que le md collabore et interagisse avec ressources et profs. de son territoire; augmenter la continuité et la coordination entre md et profs.; besoin d'uniformiser les pratiques cliniques, l'information et le contrôle de la qualité; pour vivre dans une structure unifiée et simplifiée	Pour s'adapter aux nouvelles réalités du Québec; réaliser un modèle qui confirme l'omni comme le md de toute la personne; pour réaliser les objectifs poursuivis par la FMOQ; regrouper les omnis; créer un interface fonctionnelle avec les régies régionales et les établissements; couvrir un ensemble de cabinets privés et d'établissements; identifier la population à desservir	Pour contribuer au bien-être de la population

18.4 Quelles sont les causes du besoin de changements?	Demande accrue des serv.; réalités multiethniques; évolution technologique; l'importance des questions d'ordre éthique; la féminisation de la profession; les problèmes de finances publiques	L'évolution technologique; les contraintes économiques; les attentes des patients; la complexité des problèmes de santé; les nouvelles approches thérapeutiques; la diversité des programmes de formation; mutation profonde à venir du concept d'établissement; regrouper l'ensemble des départements régionales de médecine générale	L'évolution technologique; la raréfaction des ressources; l'émergence de nouvelles problématiques; à cause de leur (omnis) apport majeur au niveau des services médicaux de 1ère ligne; à cause de la volonté du gouvernement d'inclure les cabinets privés dans les plans d'effectifs	Modifier l'accent mis sur l'offre dans les hôpitaux pour augmenter les soins ambulatoires et améliorer l'accessibilité des serv. de 1ère ligne
19.1 Quel sera l'impact des changements pour les omnis?	Deviens resp. de santé de ses patients, des serv. médicaux courants de la continuité des soins et principal responsable de l'orientation et du suivi des patients, coordonnateur du dossier de ses patients; avoir un rôle consolidé autour du concept de la médecine familiale et changer de mode de rémunération; travail en équipe; offrir plus grande disponibilité; soumission à l'atteinte d'objectifs; prise en charge d'une clientèle	Changer de mode rémunération; pratiquer en groupe; plus de complémentarité; responsable de pop.; appartenir à un territoire et interagir avec les ressources de ce territoire; participer aux processus consultatifs et décisionnels	Se regrouper sur une base régionale; établir des consensus sur les actions prioritaires à entreprendre; concerter leurs actions; créer des ponts entre le privés et les établissements; établir des liens fonctionnels avec la R.R.	Rôle central dans le nouveau modèle de soins (hiérar. du CMQ); changer mode de pratique; excellente occasion pour que compétence soient reconnues et utilisées
19.2 L'impact pour les autres acteurs	Rôle du spécialiste devient complémentaire à celui de l'omni	Regroupement des spéc. à l'échelle provinciale; plus de complémentarité; les infirmières poseront des actes médicaux qui iront plus loin que la pratique courante	-----	-----

<p>20. Quelles sont les caractéristiques du citoyen?</p>	<p>Ont grande liberté de consommation des soins et services et en profitent; 42% de pop se présentent à l'urgence pr situation non urgente; ont grandes attentes envers md; doivent être responsable de leur santé; doivent avoir un md de famille</p>	<p>Désirent être à la maison et non à l'hôpital; doivent prendre leur santé en charge; n'ont pas de md famille; sont solidaire (tout le monde paie pour les soins); expriment haut taux de satisfaction du système de santé; doivent être fidélisé à un md; une large utilisation des services fait partie de la culture des Québécois; ont acquis l'habitude de libre consommation; exige plus des md; circule librement de l'omni au spécialiste; le md traitant doit être accepté par le patient; devons donner un interprétation large à la notion d'actes autorisés pr rendre service au patient</p>	<p>Ont des besoins changeants; doivent se responsabiliser pour l'atteinte des objectifs de la réforme; sont satisfait des services dispensés; doivent donner leur accord et leur collaboration lors de proposition de réformes; doivent être responsabilisé dans l'atteinte des objectifs visés par la réorganisation des soins; la fidélisation des clients repose sur un contrat entre md et client; la responsabilisation du client repose sur les attitudes et capacités du md et du client</p>	<p>Plusieurs se présentent à l'urgence pour situation non urgente; doivent choisir, identifier et utiliser un md de famille; ne doivent pas accéder aux soins spéciaux sans référence; sont perdus et fragmentés dans le système de santé; ont un rôle dans le maintien de leur santé; ont des attentes croissantes face aux md</p>
<p>21. Quelles sont les caractéristiques du gouvernement?</p>	<p>S'assure de la participation des md au régime d'assurance-maladie; limite l'accès à la profession; initie le développement des services ambulatoires et institutionnels; est limité dans ses interventions à cause des ressources limitées; a créé le CMQ à la demande des md; doit s'engager de manière ferme et non équivoque dans hiérarchie des soins; crée une entente avec FMSQ pr limiter rémunération de certaines procédures; a mis sur pied des programmes d'assurance-hospitalisation et d'assurance maladie</p>	<p>Responsable de plusieurs décisions telle que l'organisation du système de santé, la planification, la gestion des soins et services se fassent au niveau des régions, la responsabilisation d'une clientèle et l'appartenance à une région telle MRC et CLSC; donne aux établissement de soins une autonomie véritable par la voie d'une personnalité juridique et d'un Conseil d'administration</p>	<p>Responsable du mode d'allocation des ressources et du processus de réorganisation amorcé; il a choisi de déterminer une masse monétaire globale fixe pour l'ensemble des omnis; veut inclure les cabinets privés dans les plans régionaux d'effectifs; a confié aux régies régionales la responsabilité de planifier, d'organiser, de mettre en oeuvre et d'évaluer en région les programmes de santé et de services sociaux élaborés par le ministre de la santé</p>	<p>Le gouvernement du Québec et du Canada étudient et mettent en place des changements majeurs dans le système de santé</p>

<p>22⁶. Quelles sont les caractéristiques des autres acteurs?</p>	<p><u>La FMOQ et la FMSQ</u> sont chargés de défendre les intérêts des md auprès du gouvernement; les <u>CLSC</u> offrent des serv. médicaux courants et intégrés et ne sont pas toujours situés où c'est opportun; les <u>établissements</u> font des efforts pour contrôler l'évolution des coûts du système</p>	<p><u>Les facultés de médecine, les fédérations des md et des CLSC du Québec, le CMQ et l'AHQ</u> sont des acteurs essentiels dans la scène de santé; le Collège croit que le recours à d'<u>autres professionnels</u> que md doit être valorisé quand aussi efficace; la <u>communauté des proches et aidants naturels</u> doit prendre la relève et aider; l'<u>Office des professions</u> redéfinit le Code des professions et entraînera l'interdisciplinarité; <u>Fédérations des md, Collège et Associations des CMDP</u> feront connaître la valeur de leur vision aux décideurs; les <u>infirmières</u> peuvent poser des actes qui pourraient aller plus loin que pratique courante</p>	<p><u>CMR</u> constitue l'interface entre md et régies régionales, est composé principalement de md, a un mandat consultatif auprès des régies régionales, n'est pas approprié pour atteindre les objectifs des omnis; les <u>R.R. et les établissements</u> amorcent le processus de réorganisation; les <u>R.R.</u> partagent plusieurs objectifs des omnis; les <u>R.R.</u> ont plusieurs pouvoirs dont élaborer les plans régionaux d'organisation des services, coordonner l'activité des divers producteurs de services, assurer une gestion éconoefficiente des ressources</p>	<p>Les <u>R.R.</u> reflètent les orientations gouverne-mentales actuelles, établissent les priorités pour la restructu-ration du système de santé; <u>CLSC</u> ont été créés pour promouvoir une approche multidisciplinaire mais n'ont pas réussi; les <u>professionnels concernés dans la nouvelle approche de soins et de santé</u> (hiérarchisation) consultants médicaux spécialisés, infirmière-res, ergothérapeutes, physiothérapeutes, travailleuses sociales</p>
<p>24. Les termes qui semblent être des leitmotive pour les locuteurs</p>	<p>Conserver les principes fondamentaux du système; dimi-nuer l'argent injecté; responsabiliser les principaux acteurs; sauvegarder la liberté thérapeutique; sauve-garder la liberté dans les relation patient-md; réorganiser les soins en mettant l'accent sur les services à la clientèle</p>	<p>Conserver l'autonomie thérapeutique et la libre consommation des patients; influencer la pratique des années 2000; répondre aux attentes des patients</p>	<p>Conserver les acquis du système de santé et participer aux décisions touchant la réorganisation du système de santé</p>	<p>Accentuer le rôle du md de famille dans la distribution des soins et établir le rôle et la place des md enseignant la médecine familiale</p>

<p>25. Quelles sont les références données utilisées par les locuteurs et dans quel but?</p>	<p><u>Grande Bretagne, Danemark, Norvège</u>; pr démo. qu'omnis ont rôle clé en 1ère ligne; <u>Allemagne, Hollande, Suède</u> s'orientent dans même direction; <u>AMC, Collège Royale des md et chirur. du Canada, Collège md fam. du Can.</u> appuient la hiérarchisation des soins; <u>Hôpital à Laval</u> démo. qu'omnis à l'hôp. n'a pas d'effet sur le suivi des patients; <u>GTI, OPTIMAH de l'AHQ, Collège des md, CETS</u> appuient qu'un encadrement plus serré de certaines activités médicales pourraient se révéler générateur de gains; <u>RAMQ</u> démo. des gains fait contre usage intempestif de routine</p>	<p><u>Commission des années 2000</u> (auto-référence aux textes du Collège); <u>Managed care, HMO américains, GP fundholder anglais</u> ne s'applique pas intégralement au Québec; <u>Angleterre</u> n'a pas de Conseil d'administration et cette situation est non souhaitable pour le Québec; <u>CMQ</u> le Collège ne recommande pas l'inscription obligatoire; les <u>tendances quasi internationales</u> pour expliquer la situation future du Québec; <u>art. 36 Loi sur les infirmières du Québec</u> démo. qu'elles peuvent donner soins médicaux sur ordonnance spécifique d'un md; <u>Art. 31 Loi médicale</u> les actes médicaux peuvent être posés par profs. autres que md</p>	<p>Référence au texte des <u>prof/chercheurs</u> pour démonstration de l'habileté des omnis et le contexte d'exercice; <u>Angleterre</u> leur mode de rémunération à capitation pour md ne peut s'appliquer intégralement au Québec; <u>CMQ</u> la FMOQ fait plusieurs critiques sur les constats et propositions du CMQ; <u>Santé Canada</u> privilégie l'inscription obligatoire à un groupe de md et non à un md; <u>Psychiatrie</u> rémunération par capitation ne réussit pas toujours à fidéliser les patients ni à les responsabiliser</p>	<p><u>Ontario</u>: propose md famille soient des <u>gatekeepers</u> et aient une rémunération mixte; <u>Plusieurs pays</u> (non spécifiés) les md de famille sont le pilier des soins; <u>Angleterre</u> leur approche d'équipe; <u>Collège md famille du Canada</u> pr démo. de la capacité des md de famille d'être le pilier de la distribution des soins</p>
<p>26.1 Les points positifs face au système de santé</p>	<p>La profession médicale a des outils sérieux d'évaluation de normes de qualité professionnelle et de pertinence des actes médicaux</p>	<p>La population exprime un haut taux de satisfaction face au système de santé</p>	<p>La population est satisfaite des services; la répartition des omni est excellente sur presque tout le territoire du Québec</p>	<p>-----</p>

<p>26.2 Les points négatifs face au système de santé</p>	<p>La pratique en groupe est rare; les polycliniques sont mal réparties; mauvaise situation géographique des CLSC; spécialistes assurent le suivi des patients; omni traitent patients hospitalisés; complémentarité est rare; manque d'intégration et de coordination; l'accessibilité est précaire; la continuité n'est pas réalisée; il y a spécialisation de cliniques sans rendez-vous; omni réfèrent au surspéc. au lieu de spécialistes; perte de responsabilité des md; difficulté d'assumer resp de pop.; utilisation non-optimale et discutable des ressources médicales etc</p>	<p>L'accélération de l'ambulatoire est trop rapide, la 1ère ligne n'est pas prête; la 1ère ligne est faite trop souvent par des spéc.; l'organisation des soins est névralgique; pas assez d'urgence de 1ère ligne ni de recherche de mesure favorisant une consommation efficiente dans les urgences des hôpitaux; les omnis sont sous-utilisés.</p>	<p>Problèmes d'accessibilité, de globalité, de continuité et d'homogénéité; les modes et niveaux de rémunération ne sont pas adéquats; le développement d'effectifs médicaux en médecine générale est souvent fait sans réelle planification et sans approche intégrée des besoins d'omnis; les disparités intrarégionales sont importantes et elles s'expriment d'avantage au niveau des services de soins de 1ère ligne et des CHSLD</p>	<p>Problème d'accessibilité; les lignes de responsabilités ne sont pas claires; manque de communication entre md; les lignes de décisions ne sont pas claires; la pop. accède aux spéc. pr problèmes mineurs; le réseau est peu intégré; les modes de rémunération ne portent pas vers la prévention; manque de pénalité pour les dépenses inutiles; manque d'intégrité et de concertation entre les divers intervenants; répartition inappropriée des ressources; mode de rémunération des md favorise pas distribution soins optimale etc.</p>
--	--	---	--	--

<p>28.1⁷ Efficace polémique: critiques et/ou commentaires face aux autres organismes</p>	<p>-----</p>	<p>Face au <u>CMQ</u>: Les perspectives d'enregistrement ou d'inscription obligatoire et de hiérarchisation de serv. médicaux sont des enjeux ma-jeurs qui dépassent de beaucoup la seule préoccupation des structures; la Commission est convaincue du bien fondé de la position qui préconise que md traitant habituel soit un omni; la proposition de capitation comme mode de paiement a des effets pervers; les objectifs du concept de hiérarchisation des services médicaux sont louables et méritent d'être retenus; ne suggère pas l'inscription obligatoire auprès d'un md omni; se dit d'accord pr l'enregistrement auprès d'un groupe de md</p>	<p>Face au <u>CMQ</u>: Les constats du CMQ sont sommaires et peu fondés; il ne tient pas compte du rôle des omni en 2e et 3e lignes; c'est un modèle réductionniste; pas d'accord avec inscription des patients auprès d'un md; le modèle proposé est non adapté pour la pratique de médecine générale au Québec; est contre la capitation; le Comité ne partage pas la sévérité de l'analyse du CMQ; etc.⁸</p>	<p>Face au <u>CMQ</u> qui a proposé un mode de rémunération par capitation, ce mode a des effets pervers</p>
<p>28.2 Efficace légitimateur: termes utilisés pour se définir comme locuteur pertinent⁹</p>	<p>Se définit comme le seul à pouvoir examiner le système à travers la "lunette médicale" et comme l'allier des md; propose de recentrer l'exercice de la médecine sur les services à la pop.; permet à la pop. d'exercer leurs responsabilités; solutionne la plus part des problèmes énumérés; contribue à relever les défis des prochaines années</p>	<p>Se définit locuteur pertinent car il propose des changements au nom des intérêts autres que ceux du corps médical et influencer les décisions qui façonneront le système pour les années à venir; est voué à la protection du public et à l'amélioration de la santé des Québécois</p>	<p>Se définit comme un syndicat professionnel voué à la défense de ses membres et à la promotion de leur exercice professionnel</p>	<p>Se définit comme locuteur pertinent parce qu'ils sont déjà très engagés dans le dévelop-pement de plusieurs activités médicales, administratives et éducatrices; ils proposent des changements au nom des objectifs fixés par la réforme; ils peuvent influencer les modèles de pratique de leurs confrères et consoeurs; il y a des aspects dans le modèle proposé par le CMQ qui sont déjà mis en pratique et enseigné par eux</p>

<p>28.3 Efficace d'action: proposition de solutions et démonstrations que propose bonnes solutions</p>	<p>Réaliser la hiérarchisation du système; recentrer le rôle des md; repositionner les activités des md; réaliser la hiérar. dans les meilleurs délais; bien cibler les actions à mener; avoir le soutien du gouvernement; établir un calendrier d'implantation; revoir la formation et les stages des omnis et des spécialistes; examiner l'éducation médicale continue et les activités à développer; revoir et changer les modes de rémunération des md. <u>Preuve</u>: énumération des associations qui l'appuie et des pays qui adoptent cette formule</p>	<p>Responsabiliser la profession médicale envers une population; pratiquer en groupe; changer de mode de rémunération; mettre sur pied des CMDP régionaux; créer des département clinique à la même échelle que CMDP régionaux regroupant l'ensemble des DRMG <u>Preuves</u>: pour garantir une pratique de qualité, avec standards communs, l'accessibilité à l'information dans le dossier médical et la nécessité de continuité plus grande et le besoins de coordination entre md et professionnels</p>	<p>Mise sur pied de DRMG; mise sur pied de réseaux d'accessibilité; faire des efforts de rationalisation à l'inté-rieure de l'enveloppe monétaire; harmoniser le panier de services assurés; bonifier les modes actuels de rémunération. <u>Preuve</u>: pr regrouper les omnis; créer un interface avec régie régionale et établissement; réaliser les objectifs poursuivis par les omnis; atteindre les objectifs d'accessibilité, de globalité, de continuité et d'intégration des services de santé qu'il partage avec le CMQ et le MSSS</p>	<p>Pour problèmes de rémunération, une méthode mixte; les autres problèmes soulignés peuvent être solutionnés en grande partie en conférant aux md de fam. le rôle de soignant principal avec la responsabilité de coordonner les soins et l'accessibilité des différents niveaux de soins; les UMF doivent devenir des milieux modèles de distribution de soins etc.</p>
--	---	---	---	---

-
1. Nous avons reproduit les termes utilisés par chacun des locuteurs.
 2. Faute d'espace, nous ne fournissons pas les indications suivantes: nom des membres, type et lieu de pratique.
 3. Nous ne fournissons pas de renseignements quant au mandat du Comité, ni les raisons pour lesquelles il a reçu ce mandat, faute d'espace.
 4. --- signifie que le locuteur n'a pas fourni d'indications sur ce sujet.
 5. Nous faisons état des caractéristiques répertoriées dans les documents analysés.
 6. Nous ne présentons pas les données recueillies pour la question 23 (Quelle est la structure du texte?) car nous n'avons pas fait d'analyse poussée de la structure des textes.
 7. Nous ne reproduisons pas ici les données recueillies à la question 27 (Quelle est la logique d'enchaînement des idées) par souci d'économie d'espace et parce que nous n'avons pas fait d'analyse poussée de la logique d'enchaînement des idées.
 8. Nous ne reproduisons pas toutes les critiques face à la proposition du CMQ compte tenu de la grande quantité d'informations recueillies, nous ne relatons que les points jugés comme plus marquants afin de donner une idée des principales critiques et commentaires.
 9. Lors de la lecture des informations contenues dans ce numéro, le lecteur doit tenir compte de l'identité du locuteur et que ce dernier s'adresse à un public plus ou moins ciblé.