Gilles Dussault

Professeur agrégé, Département des relations industrielles, Université Laval
chercheur au GRIS, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal

(1985)

“Professionnalisation et déprofessionnalisation”

Un document produit en version numérique par Jean-Marie Tremblay, bénévole,
Professeur sociologie au Cégep de Chicoutimi
Courriel: jean-marie_tremblay@uqac.ca

Dans le cadre de "Les classiques des sciences sociales"

Site web: <http://classiques.uqac.ca/>

Une bibliothèque fondée et dirigée par Jean-Marie Tremblay, sociologue

Une collection développée en collaboration avec la Bibliothèque
Paul-Émile-Boulet de l'Université du Québec à Chicoutimi

Site web: <http://bibliotheque.uqac.ca/>

Cette édition électronique a été réalisée Jean-Marie Tremblay, bénévole, professeur de soins infirmiers retraité de l'enseignement au Cégep de Chicoutimi

Courriel: jean-marie_tremblay@uqac.ca

à partir du texte de :

Gilles Dussault, "**Professionnalisation et déprofessionnalisation**". Un article publié dans l'ouvrage sous la direction de Jacques Dufresne, Fernand Dumont et Yves Martin, **Traité d'anthropologie médicale. L'Institution de la santé et de la maladie**. Chapitre 28, pp. 605-616. Québec: Les Presses de l'Université du Québec, l'Institut québécois de recherche sur la culture (IQRC), Presses de l'Université de Lyon, 1985, 1245 pp.

M. Dussault était professeur agrégé au Département des relations industrielles de l'Université Laval. Maintenant chercheur dans le GRIS, le Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, de l'Université de Montréal.

[Autorisation formelle de l'auteur accordée le 15 mai 2006 de diffuser cet article dans Les Classiques des sciences sociales.]

Courriel : gilles.dussault@umontreal.ca

GRIS : <http://www.gris.umontreal.ca/rappshow.asp?idgroup=3&numgrp=0&chapX=t>

Polices de caractères utilisée :

Pour le texte: Times New Roman, 14 points.

Pour les citations : Times New Roman 12 points.

Pour les notes de bas de page : Times New Roman, 12 points.

Édition électronique réalisée avec le traitement de textes Microsoft Word 2004 pour Macintosh.

Mise en page sur papier format : LETTRE (US letter), 8.5'' x 11''

Édition numérique réalisée le 15 mai 2006 à Chicoutimi, Ville de Saguenay, province de Québec, Canada.

Gilles Dussault

Professeur agrégé, Département des relations industrielles, Université Laval
chercheur dans le GRIS, le Groupe de recherche interdisciplinaire en santé,
de l’Université de Montréal

“Professionnalisation et déprofessionnalisation”

Un article publié dans l'ouvrage sous la direction de Jacques Dufresne, Fernand Dumont et Yves Martin, **Traité d'anthropologie médicale. L'Institution de la santé et de la maladie**. Chapitre 28, pp. 605-616. Québec: Les Presses de l'Université du Québec, l'Institut québécois de recherche sur la culture (IQRC), Presses de l'Université de Lyon, 1985, 1245 pp.

Table des matières

[Introduction](#)

[La professionnalisation des services de santé](#)
[Déprofessionnalisation des services de santé ?](#)

[Conclusion](#)
[Bibliographie](#)

Gilles Dussault,

“Professionnalisation et déprofessionnalisation”.

Un article publié dans l'ouvrage sous la direction de Jacques Dufresne, Fernand Dumont et Yves Martin, **Traité d'anthropologie médicale. L'Institution de la santé et de la maladie**. Chapitre 28, pp. 605-616. Québec: Les Presses de l'Université du Québec, l'Institut québécois de recherche sur la culture (IQRC), Presses de l'Université de Lyon, 1985, 1245 pp.

Introduction

[Retour à la table des matières](#)

Il n'y a pas si longtemps encore, le soin des malades était une responsabilité qui incombait d'abord aux parents ou amis ou à la rigueur à une institution charitable. Ce n'est que dans des circonstances particulièrement critiques qu'on avait recours aux services d'un « expert », médecin ou autre guérisseur. Depuis le début du siècle, le balancier s'est déplacé graduellement et on observe maintenant que les soins sont désormais dispensés par une multitude de spécialistes auxquels les individus confient, de routine, leurs besoins réels ou virtuels. Soigner, traiter, prévenir sont devenus des activités professionnelles réservées à des personnes qui ont reçu une formation spécialisée, qui s'y livrent à temps plein contre rémunération et qui font carrière dans le métier de soignant.

De nos jours, on naît et on meurt à l'hôpital et, entre ces deux étapes, on fait carrière comme « usager » des services de santé. Naguère le domaine privilégié de la pratique de la charité et de la compassion, le secteur de la santé est devenu un champ de production où des spé-

cialistes de disciplines diverses « gèrent » la santé et la maladie des individus qui leur cèdent le contrôle de leur corps et de leur esprit. Comment cette « professionnalisation » des services de santé a-t-elle pu se produire ? Voilà la première question que nous examinerons. Nous le ferons en essayant de comprendre comment s'est formée et développée la structure occupationnelle à travers laquelle les soins et services de santé sont présentement produits.

Dans un deuxième temps, nous nous demanderons si cette situation est là pour durer ou si, comme certains le prétendent ou encore le souhaitent, un mouvement de « déprofessionnalisation » est en train de voir le jour. Mais d'abord précisons ce que nous entendons par « professionnalisation » et « déprofessionnalisation » des services sanitaires. La notion de professionnalisation sera utilisée ici pour désigner le processus de prise en charge de la production d'une catégorie de biens ou services par un groupe occupationnel qui est parvenu à réserver à ses membres le contrôle, à la fois de la définition des besoins de leurs clients et de la manière de les satisfaire. La professionnalisation des services de santé est un processus qui a amené le transfert de la responsabilité des soins des individus aux professionnels de la santé, des profanes aux experts. L'État lui-même a légitimé ce transfert par des lois qui confirment le droit de certaines personnes à exercer de façon exclusive certaines activités soignantes.

La notion de déprofessionnalisation, elle, désigne le processus d'érosion de l'autorité et du contrôle des professionnels sur un secteur de production donné. C'est un processus par lequel les conditions qui ont favorisé l'émergence et le développement du professionnalisme sont transformées ou cessent d'exister pour entraîner soit un retour à la situation antérieure soit la création d'une situation nouvelle où le contrôle de services sanitaires est exercé différemment. Compte tenu de l'état des connaissances sur l'histoire sociale de la médecine et des services de santé, l'analyse proposée ici tiendra forcément de l'essai.

La professionnalisation des services de santé

[Retour à la table des matières](#)

Le fait qu'il y ait des individus spécialisés dans la production de soins de santé n'a rien de nouveau. Du sorcier indien au médecin patenté en passant par le rebouteur ou le charlatan aux cures-miracles, notre société a eu recours depuis ses débuts à toute une variété de guérisseurs dont les interventions n'étaient pas toujours bénéfiques (Jack, 1981). Ce qui est nouveau, c'est qu'un groupe particulier de guérisseurs, les médecins, soit parvenu à faire de ses membres les producteurs légitimes de soins et, à ce titre, à contrôler le secteur de la santé depuis la définition des besoins jusqu'aux modalités de leur satisfaction.

Pour les organisations médicales, cette situation est normale et se justifie par la nécessité de protéger la population des guérisseurs improvisés qui au mieux sont des incompetents de bonne foi et au pire des profiteurs qui mettent la santé des gens en danger. Il est donc légitime que l'État ait confié à leurs membres le monopole de l'exercice de certaines activités parce qu'eux seuls ont la compétence requise. De plus, leurs membres se montrent dignes de cette confiance en s'engageant à privilégier les intérêts de leurs clients, fusse aux dépens de leurs propres intérêts (Dussault (b), 1981).

Ce point de vue est un peu simplificateur et ne correspond pas aux faits historiques. En effet, les monopoles d'exercice en santé ont été établis juridiquement à une époque où la compétence des médecins et dentistes était fondée sur des bases plus que douteuses et où leurs interventions faisaient souvent plus de mal que de bien. Les avances de la médecine auxquelles on se réfère de nos jours pour justifier le statut des médecins et dentistes datent des débuts du siècle et sont postérieu-

res à l'émergence de la médecine et de la dentisterie comme professions.¹

Plutôt que d'expliquer la professionnalisation de la santé dans les termes du discours médical, il faut essayer de reconstituer le processus qui est à son origine. Pour qu'il y ait professionnalisation, il a d'abord fallu qu'un groupe de guérisseurs émerge comme occupation, c'est-à-dire comme ensemble d'individus faisant carrière dans la pratique d'activités sanitaires. Il fallait au préalable que les soins et services sanitaires deviennent des marchandises, des produits de consommation, en somme qu'un marché se crée (Starr, 1977). À défaut de cela, le secteur de la santé n'aurait pu attirer suffisamment de personnes prêtes à s'y occuper à temps plein et à investir dans leur formation sans espoir de pouvoir vivre de leur pratique.

Avant que la révolution industrielle ne commence à créer une situation économique où leur revenu disponible permettait à un grand nombre de personnes de payer des services médicaux, les médecins tiraient leurs revenus de riches clients ou d'un patronage institutionnel (armée, marine) ou encore devaient compter sur leur fortune personnelle. Au Québec, c'est au XIX^e siècle que les conditions permettant à quelqu'un de se consacrer à plein temps à la médecine et d'espérer y gagner raisonnablement sa vie sans dépendre de quelques riches bienfaiteurs, ont été créées à la faveur de la croissance de la population et de sa concentration géographique ainsi que de la hausse du niveau de vie (Ouellet, 1971). De plus en plus de personnes furent attirées dans le secteur de la production de soins, amenant ainsi une concurrence féroce. La cohabitation d'un grand nombre de guérisseurs de niveaux de compétence divers devait nécessairement provoquer des tensions et des conflits. En même temps, cette concurrence eut pour effet de provoquer chez certains une prise de conscience de leur communauté d'intérêts. Les médecins avaient généralement en commun d'avoir fait un investissement de temps et d'argent substantiel dans leur éducation et leur installation. Ils supportaient difficilement que cet investisse-

¹ L'incorporation des professions médicale et dentaire remonte respectivement à 1847 et à 1869 au Québec. La théorie des germes, les techniques d'anesthésie générale, la radiographie, pour ne citer que quelques exemples, datent de la fin du XIX^e siècle.

ment ne soit pas protégé et que le premier venu puisse prétendre offrir les mêmes services sans avoir consenti les mêmes sacrifices qu'eux pour se former. En outre, leur formation les avait amenés à participer à un univers culturel commun qui les unissait, alors que les autres guérisseurs étaient le plus souvent des francs-tireurs qui cherchaient à prendre leur part individuelle d'un marché en expansion. Les médecins ont été ainsi les premiers à se regrouper en associations pour défendre et promouvoir ce qu'ils percevaient comme leurs intérêts communs.

Il ne suffisait pas à ces associations professionnelles d'exister pour que les services de leurs membres prévalent sur ceux des autres guérisseurs. Il leur fallait établir leur crédibilité, faire accepter leurs services comme les seuls valables. Les idéologies qu'ont construites les associations de professionnels de la santé ont servi cette fin, en essayant de justifier leurs aspirations au contrôle d'un savoir et d'un champ de pratique. Leur argument central a traditionnellement été que seuls ceux qui ont une formation appropriée, nommément celle que procure l'apprentissage de la médecine ou de la dentisterie, sont en mesure de formuler un diagnostic et de prescrire un traitement. Du fait de sa compétence particulière, le médecin ou le dentiste mérite qu'on lui fasse confiance en reconnaissant son autonomie d'exercice et son autorité sur le travail des autres intervenants dans la production de soins. Ceux qui ne possèdent pas ses qualifications doivent soit exercer sous son contrôle, soit tout simplement être empêchés d'offrir des soins. C'est en invoquant de tels arguments et en faisant valoir leurs succès thérapeutiques que les organisations de professionnels de la santé ont fait campagne et obtenu peu à peu le soutien du public, d'institutions comme les universités, de l'État, des compagnies d'assurances. C'est ce qu'on a observé en France (Léonard, 1981), aux États-Unis (Berlant, 1975 ; Burrow, 1977) et en Angleterre (Parry et Parry, 1976).

Au Québec, les campagnes médicales de ce type remontent à la fin du XVIII^e siècle. Elles ont amené l'adoption de la *Loi médicale* de 1788 et, surtout, après soixante ans d'efforts répétés, celle de la *Loi médicale* de 1847 qui créait le Collège des médecins et chirurgiens du Bas-Canada et statuait que désormais « personne ne pourra pratiquer la médecine, la chirurgie ou l'art d'obstétrique, dans le Bas-Canada, à moins que telle personne ne soit dûment licenciée pour pratiquer »

(S.C., 1847, c. 26, art. IX). Dès lors, les bases juridiques du contrôle médical sur les services de santé étaient établies.² Pour reprendre l'expression de Freidson (1970), la médecine était potentiellement en position de dominance, c'est-à-dire en position de contrôler les autres producteurs de soins sans être, en retour, sujette à aucun contrôle, compte tenu de la reconnaissance de l'autonomie du Collège des médecins.

Par ailleurs, il ne suffit pas d'une mesure législative pour que, dans les faits, un groupe occupationnel conserve le monopole de certaines activités ou impose ses services à la population. Le support légal confère un avantage marqué, mais le groupe qui en bénéficie doit assurer le maintien de la crédibilité de ses membres et de leur pratique, et aussi maîtriser la concurrence. Le maintien de la crédibilité peut être assuré de diverses façons. Historiquement, les professions sanitaires ont essayé de le faire en favorisant le développement des savoirs qui fondent leur pratique ; en standardisant la formation de leurs membres ; en formulant et en diffusant un discours en accord avec les idéologies dominantes ; en créant un univers symbolique (titres, vêtements, vocabulaire, équipement) qui conférait du prestige aux activités de leurs membres ; en discréditant les pratiques alternatives ; enfin, de façon générale, en exerçant des pressions continues pour obtenir ou conserver le soutien des institutions qui contrôlent les ressources nécessaires au maintien de leur position de dominance.

Quant au contrôle de la concurrence, deux type de stratégies ont été utilisées. D'une part, des stratégies d'exclusion dont l'objectif était d'éliminer les compétiteurs réels ou virtuels ; d'autre part, des stratégies de subordination utilisées pour contrôler les occupations auxiliai-

² Par la suite, divers amendements à la Loi médicale ont permis de définir ce qu'était l'exercice de la médecine qui, dans sa version la plus récente, est « 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 » (Loi médicale, S.Q. 1973, c. 46, art. 29). Dès lors, il n'est pas étonnant que d'autres occupations aient de la difficulté à se définir un champ d'exercice qui leur soit propre dans le secteur de la santé.

res dont l'aide est essentielle ou encore les compétiteurs dont l'exclusion n'a pas été possible.

Les stratégies d'exclusion ont visé des groupes existants comme les chiropraticiens, ostéopathes, acupuncteurs, naturopathes, herboristes ainsi que les guérisseurs se disant investis d'un don ou proposant simplement une cure à tous les problèmes. Elles ont aussi cherché à empêcher la formation de groupes de compétiteurs, comme ce fut le cas en Angleterre dans les années 1915-1920, alors que la profession dentaire a réussi à empêcher la création d'une nouvelle catégorie de personnel traitant qui aurait pu être substituée aux dentistes dans les services de santé scolaires (Dussault (a), 1981, Larkin, 1980). Une situation du même type existe présentement au Québec où la profession dentaire fait campagne depuis plusieurs années contre les tentatives du ministère des Affaires sociales d'introduire dans le système de distribution de soins des « infirmières dentaires » qui auraient le droit de pratiquer des obturations et des extractions. ³

La subordination des auxiliaires ou des autres compétiteurs éventuels se fait par des mécanismes juridiques qui limitent leur champ d'exercice ou d'autres mécanismes, comme le travail sur ordonnance, le contrôle des programmes de formation par l'accréditation, l'enregistrement ou même l'encouragement de la féminisation de ces occupations (Dussault (a), 1981).

Ce type de stratégies collectives a engendré une division du travail sanitaire d'un type particulier. Elle a pris la forme d'une répartition des tâches - devenues de plus en plus spécialisées avec les développements de la médecine depuis cinquante ans - entre un grand nombre d'occupations qui de façon quasi permanente tentent de renégocier les limites du champ d'exercice de l'autonomie de leurs membres (Freidson, 1976). L'ensemble de ces occupations constitue une hiérarchie occupationnelle que domine la profession médicale. La ressource principale dont dispose chacune de ces occupations est un savoir par-

³ Ce type de personnel exerce depuis 1921 en Nouvelle-Zélande et est couramment utilisé dans une trentaine de pays (C.M. RODER, « The employment of dental nurses », *Journal of Public Health Dentistry*, 38, 2, Spring 1978, pp. 159-171.

ticulier qu'elles cherchent à développer et à valoriser. Pour réduire leur dépendance structurelle de la médecine, ou de la dentisterie selon le cas, les occupations subordonnées ont eu tendance à se retrancher derrière des frontières étanches pour mieux contrôler le secteur d'expertise qu'elles en sont venues à considérer comme leur territoire professionnel légitime. Et non seulement ne partagent-elles pas leurs connaissances avec leurs concurrents potentiels, mais surtout évitent-elles de les partager avec leurs clients qui pourraient alors devenir plus autonomes et même éventuellement se passer de leurs services.

La professionnalisation des services de santé, en somme, s'est faite au fil de l'élimination des alternatives thérapeutiques à la médecine orthodoxe et de la monopolisation des savoirs sanitaires par des spécialistes. Le client a été convaincu de confier ses besoins à des experts qui l'évaluent, le conseillent, le soignent, le réhabilitent. Ce mouvement a été facilité par l'urbanisation de notre société et par la tertiarisation de l'économie. L'urbanisation a entraîné des mutations profondes au plan des valeurs, des structures familiales et des relations sociales en général. En même temps, l'essor économique a permis le développement du secteur des services personnels et peu à peu les services sanitaires sont sortis de l'univers privé des familles pour devenir des services publics. C'est ainsi que les hôpitaux, hospices et cliniques sont devenus les lieux habituels de consommation de soins et services sanitaires et que les spécialistes de la santé ont remplacé les parents, amis ou domestiques comme personnel soignant. Bien qu'ils aient leurs racines dans le XIX^e siècle, ces changements se sont accélérés avec le développement de la profession infirmière d'abord, mais surtout avec l'émergence de nombreuses occupations paramédicales depuis la Deuxième Guerre mondiale dans les domaines de la prévention, du diagnostic, des soins et de la réhabilitation. C'est depuis à peine trente ans que le modèle professionnel est véritablement devenu le modèle dominant de production de soins et services sanitaires. Sa consécration est venue quand l'État a décidé d'assumer les frais des services de santé en quasi-totalité par le biais de ses régimes d'assurance-hospitalisation et d'assurance-maladie.

La question qui se pose maintenant est celle de la capacité de ce modèle de durer. Déjà, il fait l'objet de critiques sévères et le débat est engagé quant à l'opportunité de déprofessionnaliser les services de

santé (Illich, 1975 ; Bozzini *et al.*, 1981 ; *Critère*, 1979). Sans entrer dans les détails du débat ni prendre parti, voyons quelles seraient les conditions d'une éventuelle déprofessionnalisation.

Déprofessionnalisation des services de santé ?

[Retour à la table des matières](#)

Pour qu'il y ait déprofessionnalisation d'un secteur d'activités donné, il faut que les conditions qui ont permis sa professionnalisation cessent d'exister ou soient suffisamment transformées pour entraîner un changement. Parmi les prérequis de la professionnalisation du secteur de la santé, nous avons déjà identifié les suivants : une catégorie d'« experts » doit parvenir à obtenir la confiance du public, à obtenir un soutien institutionnel qui leur confère une certaine légitimité et aussi à contrôler les alternatives à leurs services. Ces trois prérequis sont étroitement reliés : c'est la confiance dans la qualité des services des experts qui attire le soutien institutionnel qui en retour ajoute à la crédibilité de ces mêmes services. De la même façon, c'est le soutien d'institutions comme les universités, l'État, les compagnies d'assurances ou de fabrication de produits et d'équipements sanitaires qui permet de contrôler l'émergence ou le développement de services alternatifs.

Ainsi, les médecins et dentistes sont parvenus à convaincre que leurs services étaient meilleurs que ceux des autres guérisseurs en invoquant, principalement, la qualité de leur formation. Le même argument a servi à obtenir de l'État l'exclusion légale des autres guérisseurs. Par la suite, l'Université les a accueillis et, plus tard, ils ont commencé à négocier des ententes avec des compagnies d'assurances qui acceptaient de couvrir leurs frais mais pas ceux des autres praticiens. Ils ont ainsi été en mesure de contrôler l'accès à d'importantes ressources éducatives et financières qui leur ont permis de se développer à un rythme accéléré pendant que leurs compétiteurs avaient peine

à survivre. En même temps qu'ils convainquaient le public de la supériorité de leurs services, ils affirmaient la nécessité de ces services et leur contribution au bien commun. Cette question a été au coeur des longs débats sur l'accès aux services médico-hospitaliers qui ont abouti à l'instauration d'un régime public et universel d'assurance-maladie. Par cette mesure, l'État est venu consacrer la professionnalisation de la santé en reconnaissant qu'il était légitime et raisonnable que tout besoin sanitaire puisse être soumis à des experts et qu'aucun obstacle financier ne puisse empêcher les individus de le faire.

Les conditions d'une déprofessionnalisation des services de santé seraient donc une baisse de la confiance de la population dans les services des experts médicaux, l'affaiblissement de leur soutien institutionnel et le développement d'alternatives thérapeutiques. On peut raisonnablement penser que l'apparition d'un de ces phénomènes entraînerait à plus ou moins long terme celle des autres, ce qui accroîtrait les possibilités de déprofessionnalisation. Voyons si on peut déceler des indices de l'existence de l'une ou l'autre de ces conditions.

Bien que leur « consommation » de soins médicaux atteigne des proportions quasi industrielles, les Québécois n'ont pas une confiance absolue dans les experts médicaux. Même alors que les services médico-hospitaliers sont gratuits, des milliers de personnes consultent quotidiennement des chiropraticiens ou encore des naturopathes dont les services ne sont pas remboursés par l'État. Beaucoup le font après avoir perdu confiance dans la médecine orthodoxe qui, soit n'a rien pu faire pour eux, soit leur a prescrit une thérapie qu'ils considèrent comme trop violente (Kelner et al., 1980). Chez nous comme dans la plupart des pays occidentaux, les critiques dont est l'objet la médecine orthodoxe suscitent des interrogations et des remises en question. Depuis que McKeown (1976) a contesté la contribution médicale à l'accroissement de l'espérance de vie, que Cochrane (1971) a mis en doute son caractère scientifique et que Illich (1975 et 1977) a dénoncé son caractère iatrogène et mutilant, de plus en plus de personnes hésitent à livrer leur corps ou leur esprit à l'appareil médical en toute confiance. Les mouvements féministes ont été les plus militants dans leur refus d'une certaine hégémonie médicale, en réclamant en particulier des méthodes d'accouchement plus douces et moins médicalisées (De Koninck *et al.*, 1981). La multiplication des groupes d'entraide (Farqu-

harson, 1981) et d'associations de malades (il existe même « une association de déprimés anonymes » au Québec)⁴, sont l'indice de réactions collectives à la professionnalisation des services de santé. Au plan individuel, on observe des réponses comme l'auto-médication, le recours aux médecines naturelles, la vogue nouvelle des pratiques sportives qui sont autant de façons de prendre en charge la gestion de sa propre santé. Il est difficile de prédire l'impact de ces mouvements, mais on peut estimer qu'ils contiennent les germes d'une remise en cause de la médecine contemporaine.

Quant aux soutiens institutionnels, la reconnaissance de la chiropractie et de la denturologie par le *Code des professions* en 1973, malgré l'opposition des organisations médicales et dentaires, montre que l'État n'apporte plus un support inconditionnel aux experts médicaux. Le *Code des professions* a établi que dorénavant les privilèges de monopole d'exercice devraient être justifiés sur la base de leur contribution à la protection du public. Dans un autre ordre d'idées, l'État encourage de plus en plus les individus à assumer la responsabilité de leur santé et à adopter des comportements plus sains (Lalonde, 1974). La nécessité de contrôler les coûts des services de santé aidant, on a de plus en plus recours à des études évaluatives pour mesurer l'impact de l'intervention des professionnels de la santé ; du même souffle, on encourage la désinstitutionnalisation de certaines catégories de malades et on valorise davantage la prévention et l'éducation sanitaires. Parallèlement, certaines compagnies d'assurances ont emboîté le pas, en récompensant leurs clients qui ne fument pas, par exemple. Elles sont plus nombreuses aussi à maintenant rembourser les traitements des chiropraticiens. Sans qu'on puisse parler ici d'un affaiblissement important des soutiens institutionnels de la médecine, on ne peut s'empêcher de noter l'ouverture d'une brèche qui, en situation de crise économique surtout, pourrait rapidement devenir une porte ouverte sur une remise en question plus sérieuse des services de santé tels que produits par les professions sanitaires.

Pour ce qui est du développement d'alternatives aux services sanitaires professionnalisés, il est déjà commencé. Déjà, des pratiques comme la chiropractie, la naturopathie ou l'homéopathie, qui valori-

⁴ *Au fil des événements*, Université Laval, Québec, 21 octobre 1982, p. 9.

sent une plus grande autonomie des personnes dans la gestion de leur santé, prennent une expansion régulière. Au sein même de la médecine officielle, un courant de pensée favorisant des interventions plus douces et un plus grand contrôle des individus sur leur santé se fait jour. La littérature populaire sur la santé - quels que soient ses mérites - invite le plus souvent les individus à apprendre à se passer des experts. Encore une fois, il est difficile de voir dans ces phénomènes plus que les germes d'une remise en cause de la professionnalisation des services de santé. Cependant, leur seule existence est peut-être porteuse de changements lourds de conséquences pour les pratiques sanitaires.

Conclusion

[Retour à la table des matières](#)

Nous avons avancé que la professionnalisation des soins et services sanitaires s'était faite selon le processus suivant : des conditions démographiques et économiques favorables ont d'abord permis qu'un marché soit créé dans le secteur de la santé où des producteurs échangent leurs services contre rémunération. Ce marché nouveau a attiré un grand nombre de producteurs de qualifications diverses offrant des produits de qualité inégale. La concurrence qui en a résulté a favorisé chez certains producteurs la prise de conscience de leurs intérêts communs et suscité la formation de groupes d'intérêts. Ces groupes ont fait campagne pour établir leur crédibilité et gagner la confiance du public et obtenir les soutiens institutionnels qui leur ont éventuellement permis d'être reconnus comme les seuls producteurs légitimes de soins médicaux. Leur statut juridique les a placés dans une position de force pour contrôler le développement de la division du travail dans le champ de la santé. Le résultat de ce processus a été l'émergence d'une structure occupationnelle hiérarchique dominée par la médecine et la dentisterie. Cette structure est composée d'occupations plus ou moins spécialisées qui se disputent le droit de définir et de satisfaire les besoins des individus devenus « bénéficiaires », « usagers » ou encore « patients ». En assurant l'accès libre et gratuit aux

services de ces experts, l'État a finalement légitimé la dépendance à leur égard.

Jusqu'ici nous nous sommes contenté de décrire un processus sans formuler de jugement de valeur sur la professionnalisation de la santé. Tel n'était pas notre propos. Il serait trop long de discuter des mérites et inconvénients de la professionnalisation. On peut estimer qu'elle a permis de hausser la qualité des soins en éliminant le charlatanisme et en améliorant la formation des producteurs de soins. Les performances exceptionnelles de la médecine moderne n'auraient évidemment pas été possibles sans une certaine professionnalisation. Mais il y a aussi des coûts sociaux associés à la professionnalisation : exclusion d'alternatives thérapeutiques valables, division du travail sanitaire rigide, surtraitement, surspécialisation, dépendance des individus. C'est contre ces coûts que s'élèvent les apôtres de la déprofessionnalisation.

Compte tenu de ce que nous avons dit, cette déprofessionnalisation passe par une remise en cause du rôle et du statut de la profession médicale dans le champ de la santé. Il peut paraître osé de parler de déprofessionnalisation au moment où la médecine apparaît être au faite de sa puissance. Nous avons indiqué que cette puissance n'était pas absolue et nous avons identifié des signes de sa vulnérabilité. Il faut se rappeler l'exemple du clergé au Québec, dont personne, dans les années 1950, n'aurait soupçonné qu'il puisse perdre autant de pouvoir en si peu de temps au cours de la décennie qui a suivi. Incidemment, un médecin américain comparait, dans un récent livre, la médecine moderne à une religion avec ses dogmes, ses doctrines, ses croyants, ses prêtres, ses rites et sacrements (Mendelsohn, 1979). Trente ans de pratique pédiatrique et d'enseignement lui ont fait perdre la foi et l'ont convaincu que les fidèles doivent se révolter. La Réforme médicale n'est peut-être pas si loin après tout.

Bibliographie

[Retour à la table des matières](#)

BARWISE, S., « Public health dentistry in Derbyshire », *British Journal of Dental Science*, 65, 1249, January 1922, pp. 6-14.

BERLANT, J., *Profession and Monopoly*, Berkeley, University of California Press, 1975, 337 p.

BOZZINI, L. *et al.*, *Médecine et société : les années 80*, Montréal, Éditions coopératives Albert St-Martin, 1981, 554 p.

BURROW, J.G., *Organized Medicine in the Progressive Era : the Move toward Monopoly*, Baltimore, The John Hopkins University Press, 1977, 218 p.

COCHRANE, A. L., *Effectiveness and Efficiency : Random Reflections on Health Services*, Londres, The Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1971, 92 p.

DE KONINCK, M. *et al.*, *Essai sur la santé des femmes*, Québec, Conseil du statut de la femme, 1981, 342 p.

DUSSAULT, G., *The Professionalisation of Dentistry in Britain : A Study of Occupational Strategies, 1900-1957*, Ph. D. Thesis (Sociology), University of London, 1981 (a), 377 p.

DUSSAULT, G., « Les idéologies professionnelles », dans F. DUMONT, J.M. HAMELIN, Jean-Paul MONTMIGNY, *Les idéologies au Canada français, 1940-1975*, Québec, Presses de l'Université Laval, 1981 (b), tome 2, pp. 47-63.

FARQUHARSON, A., « Self-help groups : a health resource », dans : D. COBURN *et al.*, *Health and Canadian Society*, Toronto, Fitzhenry and Whiteside, 1981, pp. 313-321.

FREIDSON, E., *Professional Dominance*, New York, Atherton Press, 1970, 242 p.

FREIDSON, E., « The division of labour as social interaction », *Social Problems*, 23, 3, Feb. 1976, pp. 304-313.

ILLICH, I., *Némésis médicale*, Paris, Seuil, 1975, 222 p.

ILLICH, I., « Disabling professions », dans : I. ILLICH *et al.*, *Disabling Professions*, London, Marion Boyars, 1977, pp. 11-39.

JACK, D., *Rogues, Rebels and Geniuses. The Story of Canadian Medicine*, Toronto, Doubleday, 1981, 662 p.

KELNER, M., HALL, O., COULTER, I., *Chiropractors : Do They Help ?*, Toronto, Fitzhenry and Whiteside Ltd., 1980, 303 p.

LALONDE, M., *Nouvelle perspective sur la santé des Canadiens*, Ottawa, Ministère de la Santé et du Bien-être social, 1974, 82 p.

LARKIN, G., « Professionalism, dentistry and public health », *Social Science and Medicine*, 14, 1980, pp. 223-229.

LÉONARD, J., *La médecine entre les pouvoirs et les savoirs*, Paris, Éditions Aubier Montaigne, 1981, 386 p.

McKEOWN, T., *The Role of Medicine, Dream, Mirage or Nemesis ?*, Londres, The Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1976, 180 p.

MENDELSON, R.S., *Confessions of a Medical Heretic*, Chicago, Warner Books, 1979, 304 p.

OUELLET, F., *Histoire économique et sociale du Québec, 1760-1850*, Montréal, Fides, 1971, 2 vol.

PARRY, N., PARRY, J., *The Rise of the Medical Profession*, London, Croom Helm, 1976, 282 p.

RILOT, C.F., « Dental dressers for school work », *Dental Record*, 39, 17, September 1918, p. 482.

STARR, P., « Medicine, economy and society in nineteenth-century American », dans : P. BRANCA, Ed., *The Medicine Show*, New York, Science History Publications, 1977, pp. 47-66.

« Les professions », *Critère*, 25, printemps 1979, 280 p.

« La déprofessionnalisation », *Critère*, 26, automne 1979, 245 p.

Fin du texte