

# Professionnalisation et monopolisation des soins: le Collège des médecins du Québec 1847-1940

Article  
original

Denis Goulet

Université de Sherbrooke

---

## Résumé :

*Cet article aborde le rôle joué par le Collège des médecins du Québec dans l'évolution du contrôle de la pratique médicale au Québec. Deux importants volets de cette problématique sont analysés : la professionnalisation et la monopolisation des soins. Loin de coïncider dans le temps, ces deux processus apparaissent avec un certain décalage. Le premier volet prend racine dans la première moitié du XIX<sup>e</sup> siècle. Le second apparaît à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, au moment où la profession médicale profite de conditions épistémologiques et sociales propices au renforcement de ses prérogatives, en matière de contrôle des actes médicaux. En fonction des cibles visées, deux niveaux d'intervention sont alors privilégiés par le Collège : la subordination des uns et, de façon plus radicale, l'exclusion des autres. Ceci aura pour double effet d'accroître la monopolisation des soins et la standardisation de la pratique médicale.*

**Mots clés :** Professionnalisation, monopolisation, uniformisation, pratique médicale, Collège des Médecins du Québec.

---

## Introduction

La plupart des travaux en histoire et en sociologie des professions ont tendance à mettre l'accent sur l'apparition des conditions sociales, culturelles et juridiques nécessaires à la professionnalisation des disciplines et à l'instauration, dans la plupart des cas, d'un exercice protégé et contrôlé de leur exercice. Ce processus renvoie principalement à la reconnaissance d'un statut protégé et aux impératifs de contrôle, d'organisation et de standardisation des pratiques<sup>1</sup>. L'un des principaux effets de ce processus de contrôle est de diminuer progressivement

la concurrence « extraprofessionnelle » et d'assurer, en quelque sorte, une monopolisation de l'exercice du champ d'activité. Comme le souligne Dussault (1978), « dans la pratique, au Québec, obtenir l'incorporation professionnelle a aussi voulu dire qu'il fallait d'abord vaincre les résistances des autres groupes occupationnels déjà installés dans un champ d'activité donné »<sup>2</sup>. Il en est ainsi pour la profession médicale. Cependant, à notre connaissance, il n'y a aucune étude qui analyse le processus de monopolisation des soins médicaux en territoire québécois à la suite de la reconnaissance professionnelle des médecins. De même,

peu de travaux rendent compte du rôle joué par le Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec dans ce processus<sup>3</sup>. En reprenant le modèle proposé par Dussault (1978) sur le professionnalisme, on peut, en simplifiant, à la suite de mes travaux (1997, 1998) et de ceux de Bernier (1989, 1981) présenter la chronologie suivante: 1-phase d'émergence du corporatisme médical (1788-1847); 2-phase d'implantation de la profession médicale (1847-1876); 3-phase de stabilisation de la profession (1876-1909); 4-phase d'expansionnisme «conquérant» de la profession (1909-1940).

Comme nous l'exposerons dans cet article, le mouvement de monopolisation des soins médicaux (diagnostiques et thérapeutiques) par les médecins ne s'amorce que très timidement durant la deuxième phase, se renforce quelque peu durant la troisième, mais ne se concrétise véritablement qu'à partir de la quatrième, laquelle correspond par ailleurs à une importante période de développement de la médecine clinique et de la médecine hospitalière. Nous montrerons donc que la professionnalisation de la médecine constitue une condition nécessaire mais insuffisante à la monopolisation de l'offre de soins et que les deux mouvements, tout en étant intimement liés, sont décalés chronologiquement et répondent parfois à des dynamiques différentes. Pour respecter les limites de cet article, nous n'aborderons pas la première phase d'émergence du corporatisme médical (1788-1847), laquelle a été étudiée par Bernier (1981, 1989) et Tunis (1981)<sup>4</sup>.

## La phase d'implantation de la profession médicale (1847-1876)

Dès 1847, le corps médical du Bas-Canada, avec l'adoption de la «grande charte», obtient le pouvoir d'établir «ses propres règlements pour l'étude de la médecine et d'adopter ses propres statuts pour sa régie»<sup>5</sup>. Le Collège des médecins et chirurgiens du Bas-Canada—qui deviendra le Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec (CMCPQ) en 1867<sup>6</sup>—possède alors deux prérogatives importantes: a) le droit de définir les conditions d'admission

aux études ainsi que le contenu de celles-ci; b) le droit de fixer les conditions d'accès à l'exercice de la médecine. Les premières bases juridiques du pouvoir d'autogestion et du contrôle de l'offre de soins par la profession médicale sont ainsi posées.

S'il s'agit d'un jalon important dans le processus de professionnalisation de la médecine, ce ne sera que quelques décennies plus tard que les pouvoirs conférés par la loi de 1847 ne deviendront tangibles. Fait important, l'inscription au Collège est alors facultative et il faut attendre une trentaine d'années avant qu'elle ne soit rendue obligatoire pour tous les médecins du Québec. Encore en 1859, le secrétaire du Collège note avec dépit «l'indifférence manifeste des membres de la profession à l'égard des avantages d'être un membre actif au sein de son organisation<sup>7</sup>». Les droits d'entrée et les cotisations annuelles élevées de même que l'obligation de produire un certificat de qualification morale signé par deux membres expliquent en partie ce désintérêt<sup>8</sup>.

Soulignons aussi que la profession médicale est loin d'avoir trouvé l'unité nécessaire à sa consolidation. De nombreuses dissensions éclatent peu après l'incorporation. Ainsi, un groupe important de médecins en milieu rural prétendent que leurs collègues des villes, dont la représentation est dominante à la direction du Collège, ne peuvent adopter des règlements conformes à leurs aspirations et à celles des médecins non universitaires<sup>9</sup>. Bientôt, d'autres problèmes s'ajoutent: irrégularités dans le processus d'admission des membres, manque de représentativité du milieu rural, faible participation des membres aux assemblées générales<sup>10</sup>, privilèges des facultés de médecine qui ont conservé le droit de décerner des diplômes sans examen auprès du bureau d'examineurs du Collège. Voilà des éléments qui minent la crédibilité du Collège et son pouvoir de contrôle de la profession et de l'offre de soins.

À partir de 1870, les médecins, plus nombreux en milieu urbain, s'impliquent davantage dans la défense de leur profession par la voie d'associations—la Société médicale de Montréal est formée en 1871—et de périodiques médicaux—*L'Union médicale du Canada* est créée en 1872—et s'efforcent d'obtenir un meilleur contrôle sur l'accès à la pratique médicale et l'uniformisation

des pratiques. La médecine clinique, déjà implantée en sol québécois, se développe rapidement et la formation des médecins, largement inspirée des modèles européens, s'oriente vers un enseignement théorique et pratique dans les salles de cours et dans les hôpitaux<sup>11</sup>. L'apparition de quelques revues et la création de sociétés médicales favorisent aussi la circulation des savoirs au moment où les connaissances empiriques des maladies infectieuses suscitent la mise sur pied de certaines mesures préventives plus efficaces. La législation sanitaire se précise en prenant appui sur la consultation des médecins<sup>12</sup>. Profitant de ce mouvement de structuration et de légitimation, le CMCPQ tente de consolider son rôle de représentant légitime de la profession. En effet, les dirigeants du Collège sont persuadés qu'il faut regrouper les médecins pour obtenir l'exclusivité des soins diagnostiques et thérapeutiques.

La tâche n'est guère facile, car la profession médicale demeure encore loin de monopoliser le marché des soins. Elle doit affronter la concurrence des sages-femmes qui pratiquent en milieu urbain ; des apothicaires ou pharmaciens qui posent certains diagnostics, des homéopathes ; des «rebouteux», des guérisseurs ou des fabricants de remèdes qui offrent leur service à la population ; bref, une grande variété d'intervenants anciens ou nouveaux qui s'insèrent dans l'offre de soins. Elle doit aussi contrer les pratiques curatives traditionnelles liées à l'automédication. En outre, l'État se montre réticent à confier l'exclusivité des soins médicaux à la profession médicale. Le législateur avait en effet accordé aux homéopathes, en 1859, un statut de corporation autonome semblable à celui des médecins.

## La phase de stabilisation de la profession (1876-1909)

Trente ans après l'obtention d'un statut de profession protégée, une nouvelle loi rend obligatoire, pour tous les médecins licenciés pratiquant au Québec, l'inscription au CMCPQ. Autre élément important, elle assure une représentation des facultés de médecine au sein du CMCPQ. Cette initiative, rendue nécessaire pour

la concertation en matière d'admission aux études et d'adoption des programmes, renforce le pouvoir des médecins des grands centres urbains au détriment des médecins des régions. S'amorce ainsi un processus de centralisation au profit des médecins de Montréal et de Québec. Les ambitions de l'élite médicale urbaine sont telles qu'on juge insuffisants les pouvoirs conférés par la loi de 1876. Elle ne répond que partiellement aux doléances de nombreux intervenants, notamment des rédacteurs de *L'Union médicale du Canada*, qui souhaitent que le CMCPQ devienne l'unique et légitime représentant de la profession<sup>13</sup>.

Il est vrai que les liens qui se nouent entre cette revue et le Collège seront tissés si serrés qu'elle deviendra l'organe médiatique du Collège. Ainsi, l'éditorialiste de *L'Union médicale du Canada* déplore la faible représentation de Montréal : «les progrès et les réformes prennent surtout origine dans les grands centres, les médecins y étant toujours en relation, et la nature de leurs études et de leurs devoirs les mettant plus en état de juger les besoins de la profession que les médecins des districts ruraux qui, par leur isolement, sont dans l'impossibilité de s'occuper autant des intérêts généraux de la profession<sup>14</sup>». L'urbanisation favorise la concentration des pouvoirs entre les mains des élites urbaines mais paradoxalement, ce processus s'accroît au moment où le Collège connaît un accroissement important de ses membres en milieu rural<sup>15</sup>.

Cette loi, qui renforce l'autonomie de la profession médicale vis-à-vis des pouvoirs publics<sup>16</sup>, aura des répercussions importantes non seulement sur l'organisation des soins, mais aussi sur la relation patient/médecin. Elle accorde au Collège, au profit des médecins licenciés, d'importants pouvoirs d'intervention concernant les normes d'accessibilité à la profession et la monopolisation des actes médicaux. En effet, la loi renforce un principe que le CMCPQ considérera jusqu'à aujourd'hui comme fondamental : la liberté d'appliquer des traitements dont la nature et la qualité relèvent du seul ressort du praticien et ce, sans intervention d'organismes extérieurs à la profession. Quatre autres principes sont étroitement liés à cette autonomie exigée par les médecins : la liberté du lieu d'exercice obtenue dès 1847 ; le privilège de fixer les honoraires, à partir de 1876<sup>17</sup> ;

le pouvoir d'instaurer un code de déontologie; et enfin, le droit de sanctionner ses membres par la formation d'un conseil de discipline, à compter de 1898. Quant à la liberté d'exercice, l'État et le Collège interviendront rarement pour la limiter sauf, récemment et ponctuellement, pour assurer une répartition équilibrée des médecins dans les régions.

Comme suite aux acquis de la loi de 1876, le Collège nourrit d'autres objectifs ambitieux. Il souhaite non seulement devenir un levier important d'intégration des médecins en territoire québécois, mais aussi accroître son autorité morale auprès de tous les membres de la profession. Certes, y a-t-il des sociétés et des revues médicales qui s'efforcent de rapprocher les membres de la profession, mais aucune ne dispose des moyens du CMCPQ. De fait, on peut souligner ici que la volonté de contrôler l'offre de soins exige non seulement le développement des savoirs et la standardisation des pratiques, mais aussi l'obtention d'une crédibilité et d'un prestige social que des intérêts communs sont de nature à favoriser. Mais encore faut-il que cette démarche soit guidée par une « autorité éclairée », le Collège, qui se perçoit comme « le gardien de l'honneur, de la dignité et des intérêts de la profession <sup>18</sup> ». En conséquence, on souhaite que les médecins s'en remettent désormais au Collège « pour toute question concernant la profession <sup>19</sup> ». Le CMCPQ entend devenir le pivot de toutes les questions professionnelles, législatives et éthiques concernant la pratique médicale. La volonté de centralisation se révèle ici manifeste. Se percevant comme le représentant légitime de la profession, le CMCPQ peut désormais prétendre participer activement à la quête d'unité, de respectabilité et de notabilité de la profession médicale.

Cependant, jusqu'à la décennie 1880, le Collège n'a pas encore contribué significativement à la monopolisation des soins curatifs et son emprise sur le milieu de la santé demeure bien timide. La consolidation des facultés de médecine <sup>20</sup>, la médicalisation des grands établissements hospitaliers et l'émergence d'associations médicales régionales et de revues médicales mieux structurées contribuent alors davantage que le Collège à assurer le pouvoir de la profession dans le contrôle de l'offre de soins. Mais les choses changeront bientôt.

## Vers une monopolisation des soins curatifs

Contrairement à leurs collègues américains qui connaissent alors de sérieux problèmes d'encombrement de la profession et de leadership, les médecins québécois ont réussi, tout au long du XIX<sup>e</sup> siècle, à limiter le nombre d'écoles de médecine, à contrôler l'accès à la profession et à instituer un contrôle de plus en plus centralisé. À partir de ces acquis, le Collège oriente ses initiatives vers l'affermissement de la crédibilité de ses membres et vers la subordination, sinon l'élimination, des concurrents dans le marché des thérapies. Les progrès importants de la science médicale et la médicalisation accrue des hôpitaux assurent une position plus confortable aux médecins. Mais le Collège, qui s'inquiète de la popularité croissante des almanachs populaires et des manuels de médecine domestique traduits de l'américain, est surtout préoccupé par le développement considérable du commerce des remèdes rendus plus accessibles par l'apparition de la presse à grand tirage. Aussi met-il sur pied, en 1898, un Comité des remèdes brevetés <sup>21</sup>. Il faut aussi compter avec la laïcisation récente de la pratique infirmière à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, conséquence de l'ouverture de cours de gardes-malades, ce qui a pour effet d'ajouter de nouvelles intervenantes dans le domaine de la santé <sup>22</sup>. Le Collège décide alors d'intervenir sur deux fronts pour étendre son emprise sur l'offre de soins: la standardisation des pratiques et la monopolisation des actes médicaux.

En 1898, le CMCPQ adopte une politique d'autocontrôle qui est confiée à un conseil de discipline. Doté de pouvoirs très étendus, ce dernier veille à faire appliquer le code de déontologie. L'adoption de cette politique relève d'une dynamique complexe qui vise à écarter la profession du discours populiste des « charlatans », à prévenir toute collusion avec ceux-ci et à inciter les médecins à faire preuve, du moins en public, de solidarité envers leurs collègues. Dans l'esprit de l'élite de la profession, il faut opérer une séparation nette entre médecins et non-médecins, diminuer les écarts de compétence et accentuer les collaborations. Dans un régime de concurrence, non seulement entre médecins et non-médecins, mais aussi entre les médecins eux-mêmes, les efforts pour s'approprier une clientèle plus importante conduisent parfois au dénigrement

public. Les accusations à peine voilées d'incompétence, même dans les milieux universitaires et hospitaliers, deviennent fréquentes, au début du XX<sup>e</sup> siècle. Non seulement, les partisans d'une médecine scientifique et les tenants d'une médecine traditionnelle se querellent-ils fréquemment sur la place à accorder aux nouvelles découvertes médicales, mais ils ne s'entendent guère sur les types de traitement qui peuvent faire l'objet de réclames<sup>23</sup>.

La monopolisation des soins passe non seulement par une meilleure cohésion des membres, mais aussi par l'uniformisation des pratiques, laquelle exclut toute offre de cures miraculeuses ou secrètes. Le CMCPQ souhaite limiter la participation des médecins au «commerce des maladies». Désormais, tout médecin reconnu coupable d'une telle infraction est passible de sanctions allant de l'interdiction de siéger à titre de gouverneur du Collège à la suspension temporaire du droit de pratique. Dans les faits, le conseil de discipline utilise parcimonieusement les pouvoirs qui lui sont confiés. Il s'emploie surtout à intimider les médecins trop enclins à critiquer publiquement leurs collègues ou à s'associer à des rebouteurs et à réprimander ceux qui abusent financièrement de leurs patients. Malgré sa relative timidité, cette fonction disciplinaire permet au Collège de mieux établir les normes acceptables de la pratique et de réprimander voire d'exclure tout praticien susceptible d'entacher sérieusement la crédibilité de la profession.

Par ailleurs, le Collège, de concert avec *L'Union médicale du Canada* avec qui il entretient toujours des liens très étroits<sup>24</sup>, intensifie peu à peu ses efforts de monopolisation des soins curatifs en misant à la fois sur l'éradication –qui vise particulièrement les guérisseurs, les rebouteurs, les ostéopathes, les homéopathes et les chiropraticiens– et la subordination –qui vise les infirmières et les sages-femmes– des concurrents dans le marché des soins médicaux. Cette politique, en partie basée sur un renforcement des pouvoirs de la profession médicale par la voie législative, variera assez peu, jusqu'au début des années 1950.

Traditionnellement, l'État s'était pourtant montré réticent à confier l'exclusivité des soins médicaux à la profession médicale. On avait

accordé aux homéopathes, en 1859, un statut de corporation autonome semblable à celui des médecins<sup>25</sup>. Quant aux sages-femmes et aux rebouteurs, ils sont encore tolérés en milieu rural. Mais à partir des années 1900, le législateur acquiesce aux demandes du Collège et accorde progressivement aux médecins le monopole d'exercice de la plupart des activités diagnostiques et thérapeutiques. Or, il faut souligner que les efforts concertés de monopolisation des soins médicaux, qui apparaissent près de cinquante ans après la création du CMCPQ, se produisent au moment même où la médecine élargit ses possibilités d'interventions préventives, diagnostiques et curatives, où les interventions chirurgicales se révèlent plus efficaces et moins dangereuses et où les facultés de médecine de Montréal et de Québec constituent des lieux structurés de formation scientifique et clinique dont les standards correspondent à ceux des facultés de médecine nord-américaines reconnues.

## La phase d'expansionnisme «conquérant» de la profession (1909-1940)

Dans ce contexte, la profession médicale obtient, lors de l'adoption de la Loi médicale de 1909, une délimitation plus précise de la notion d'exercice de la médecine<sup>26</sup>. Cette clarification a pour effet d'exclure la majorité des concurrents des pratiques diagnostiques et curatives et de faciliter l'adoption de mesures répressives à leur endroit. En augmentant les pouvoirs du Collège dans la régie interne de la profession et dans le contrôle de l'offre de soins, la Loi de 1909 constitue une étape fondamentale non seulement dans la professionnalisation de la médecine, mais aussi dans la monopolisation des soins. Elle confère de nouvelles prérogatives qui tracent les grandes lignes des activités du Collège jusqu'aux années 1940 : privilège de réformer le code de déontologie ; autorisation de renforcer les pouvoirs du conseil de discipline ; permission de réformer les structures administratives et d'établir des contrôles comptables ; droit exclusif de décerner des licences de pratique ; pouvoirs accrus de répression à l'encontre des praticiens illégaux ; etc.



Par l'ampleur des pouvoirs accordés au CMCPQ, cette loi inaugure, en quelque sorte, l'entrée du Collège dans la modernité professionnelle<sup>27</sup>, laquelle s'exprimera, jusqu'à récemment, dans deux sphères d'intervention: l'autocontrôle de la profession et la répression de l'exercice illégal de la médecine. Jusqu'aux années 1950, le Collège se montre toutefois peu enclin à exercer ses pouvoirs de contrôle de la pratique de ses membres et à sévir contre eux. Et s'il se préoccupe de la formation des aspirants à la médecine, il ne se donne guère les moyens d'assurer une formation continue aux médecins les plus âgés et à ceux qui pratiquent en milieu rural. Certes, organise-t-il «des stages en milieu hospitalier destinés aux praticiens des campagnes afin de les sensibiliser aux nouveautés de la médecine hospitalière<sup>28</sup>», mais ces initiatives restent ponctuelles, peu contraignantes et bien des médecins poursuivent leur carrière professionnelle sans trop se soucier des nouveautés diagnostiques ou thérapeutiques. En revanche, le Collège adopte une tout autre attitude envers les «charlatans» et se montre très interventionniste.

Comme le souligne Dussault, «les groupes aspirant au statut professionnel qui ont menacé directement le terrain social occupé par une profession reconnue ont historiquement été écartés de façon systématique»<sup>29</sup>. De fait, jusqu'aux années 1940, le Collège accentue ses interventions répressives vis-à-vis de ses principaux concurrents. Il adopte deux stratégies, bien distinctes, pour les contrôler: a) l'éradication et la marginalisation dans le cas des guérisseurs, des rebouteurs, des sages-femmes en milieu urbain, des ostéopathes, des homéopathes ou des chiropraticiens b) la subordination dans le cas des infirmières, des sages-femmes en milieu rural et, dans une moindre mesure, des pharmaciens. Pour respecter les limites de ce texte et pour illustrer les deux modes d'action du Collège, nous présenterons le cas des sages-femmes, des rebouteurs et des infirmières.

### Les sages-femmes

Durant plusieurs décennies, les sages-femmes et les rebouteurs constituent des cibles du CMCPQ mais à des niveaux différents. Les premières pratiquent dans un secteur encore assez peu valorisé par la profession médicale, au début du siècle. Elles sont, en général, mieux

acceptées par les médecins en milieu rural que par ceux qui pratiquent en milieu urbain. L'élite de la profession reconnaît tout de même qu'elles peuvent, moyennant une supervision par les médecins, tenir un certain rôle dans la distribution des soins. Les rebouteurs, par contre, n'ont jamais trouvé grâce auprès de la hiérarchie médicale et celle-ci souhaite leur disparition. Aussi, contrairement aux sages-femmes, il n'a jamais été envisagé par le CMCPQ de leur octroyer une licence donnant droit à l'exercice de leur profession.

À partir du dernier tiers du XIX<sup>e</sup> siècle, le Collège obtient progressivement un droit de contrôle sur la pratique des sages-femmes des villes, mais le législateur ne lui consent qu'un contrôle restreint en milieu rural. Les sages-femmes qui pratiquent en milieu urbain sont désormais obligées d'obtenir une licence du Bureau provincial de médecine. Entre 1877 et 1880, dix-sept licences de pratique sont accordées à des sages-femmes<sup>30</sup>. Mais le CMCPQ entend resserrer les normes de qualification des postulantes et obtient, en 1879, l'autorisation de fixer «le degré, la nature et l'étendue des connaissances et qualifications exigées des femmes désirant pratiquer les accouchements<sup>31</sup>». On souhaite manifestement limiter le nombre de sages-femmes licenciées dans les villes. Mais, encore une fois, le législateur exclut, de ce droit de contrôle, les sages-femmes des campagnes. Le Collège enregistre pourtant un nouveau gain, car celles-ci devront désormais «obtenir un certificat d'un médecin licencié<sup>32</sup>». Progressivement, la médicalisation de l'accouchement en milieu urbain s'accéléra au profit des obstétriciens et au détriment des sages-femmes. Ainsi, la Loi de 1909, interdit à celles-ci l'usage des instruments médicaux, ce qui les oblige à faire appel à un médecin pour les accouchements difficiles. À défaut d'exclure les sages-femmes de l'obstétrique, on les subordonne à l'autorité du médecin, comme c'est le cas pour les infirmières.

### Les rebouteurs

À partir des années 1880, les rebouteurs subissent aussi les assauts répétés du CMCPQ qui souhaite l'éradication de ces coriaces concurrents. C'est seulement en 1900 que le CMCPQ rend dérogatoire à l'honneur professionnel le fait de s'associer à des rebouteurs. Il est vrai que les collaborations entre médecins et rebouteurs sont

fréquentes en milieu rural<sup>33</sup>. Du reste, les appuis à l'endroit des rebouteurs demeurent considérables au sein de la population et de la députation provinciale. En 1911, le gouvernement songe même à faire adopter une loi qui légaliserait leur pratique dans le traitement des fractures. Devant cette menace, le Collège se voit contraint à un compromis et doit restreindre ses pratiques répressives. Dorénavant, les rebouteurs ne seront poursuivis qu'en cas de malpractice<sup>34</sup>. Cette concession permet d'obtenir l'appui du premier ministre, Lomer Gouin, et de ses députés qui se prononcent majoritairement contre la «loi des rebouteurs», déposée l'année suivante à l'Assemblée législative. Les efforts concertés du CMCPQ et de L'Union médicale du Canada ont contribué à tenir en échec les partisans des rebouteurs.

À partir de la décennie 1910, la lutte à la concurrence s'accroît pour protéger l'exclusivité des actes médicaux accordée aux médecins. Les sociétés médicales qui ont l'avantage d'être bien réparties sur le territoire québécois sont aussi mises à profit dans cette démarche de monopolisation des soins : décentralisation des plaintes, visite des médecins des régions éloignées, explication des procédures à adopter, etc. Encore en 1937, le président du Collège souhaite intensifier la lutte contre «tous les extra-médicaux qui font illégalement de la pratique médicale : infirmières, chiropraticiens, pharmaciens, colporteurs de remèdes, rebouteurs, etc.<sup>35</sup>».

### Les infirmières

Les relations qu'entretient le CMCPQ avec les infirmières paraissent plus ambiguës et s'inscrivent dans une stratégie de subordination qui donne parfois naissance à de vives tensions entre les parties. Ainsi, dès les années 1920, se pose la question, encore actuelle, de la délégation des actes médicaux. Dans l'ensemble, le CMCPQ adopte une attitude de conciliation à leur égard, même s'il partage l'opinion défendue par la plupart des médecins selon laquelle il faut accentuer la limitation des actes posés par les infirmières. Rappelons, à titre d'exemple, que dans certains hôpitaux, ce sont les infirmières qui administraient, sous le contrôle du médecin, les anesthésies<sup>36</sup>. Dans les premières décennies du XX<sup>e</sup> siècle, elles sont soumises à des règles disciplinaires strictes

et sont admises à la profession en fonction «de leur goût du dévouement et de leur aptitude à la soumission et à la discrétion». Aussi doivent-elles, dans leurs relations avec les médecins, se montrer «prudentes, discrètes, réservées et ne rien dire qui pourrait être l'ombre d'une critique de quoi que ce soit»<sup>37</sup>. Une telle approche paternaliste s'estompera heureusement à partir des années 1940, même si la question de la délégation des actes médicaux demeure un sujet de discorde entre médecins et infirmières.

### Le CMCPQ et les sociétés médicales régionales

Le Collège possède, depuis l'adoption de la loi de 1909, une assise juridique et institutionnelle beaucoup plus solide qu'auparavant, mais plusieurs de ses membres en milieu rural jugent que ses efforts pour la défense des intérêts de la profession se révèlent insuffisants<sup>38</sup>. La centralisation des activités du Collège à Montréal suscite un certain mécontentement de la part des sociétés médicales. Du reste, le poids démographique des praticiens en région, malgré la concentration continue des effectifs à Montréal et Québec, demeure important : représente plus de 50 % de l'effectif médical. La plupart des sociétés qui voient le jour dans les comtés du Québec visent à regrouper les médecins des campagnes pour défendre efficacement leurs intérêts professionnels : dénoncer les «charlatans», imposer des tarifs médicaux uniformes et assurer le recouvrement des comptes en souffrance. Elles entendent aussi, – nécessité oblige, – donner à la profession une notabilité non encore acquise partout. Certains médecins y trouveront un point d'appui favorisant leur insertion dans les réseaux des élites régionales.

Le Collège encourage de son mieux la formation de sociétés de comté qui pourront l'aider à assurer l'exclusivité des actes médicaux, au demeurant, si largement définis qu'ils impliquent une véritable monopolisation des soins. De l'avis du président du Collège en 1908, ces sociétés médicales feront éclore «un esprit d'équipe, d'unité et de solidarité jusqu'alors inconnu des médecins»<sup>39</sup>. L'encouragement du Collège à ce processus de décentralisation constitue cependant une arme à deux tranchants.

En 1911, les discussions entre des représentants des sociétés régionales et le CMCPQ sur la nécessité d'assurer une meilleure défense des intérêts professionnels de tous les médecins du Québec donnent lieu aux premiers efforts de syndicalisation. Un projet de loi est soumis au Comité de règlements et de législation du CMCPQ. Il propose la formation d'un syndicat regroupant les sociétés médicales du Québec dont le mandat visera «la protection des membres de la profession<sup>40</sup>». Selon les promoteurs de cet audacieux projet, la formation d'un syndicat provincial permettra de créer de nouvelles sociétés médicales, de protéger les intérêts professionnels des médecins, «d'augmenter l'influence légitime des médecins auprès des pouvoirs et des autorités», de favoriser une action directe et commune, de hausser la somme des connaissances scientifiques de la province et enfin, «de développer l'esprit de solidarité des membres de la profession<sup>41</sup>».

Ce projet, qui contient une critique à peine voilée du rôle joué par le CMCPQ en matière de défense des intérêts professionnels des médecins, est sèchement rejeté par les autorités du Collège. Pour d'évidentes raisons, celles-ci ne souhaitent guère qu'un organisme parallèle affaiblisse ses pouvoirs auprès de la profession et particulièrement auprès des médecins des régions. Désireux de se rapprocher de sa base, le Collège forme, en 1913, un comité des sociétés médicales chargé de promouvoir leur implantation dans les diverses régions et leur assigne la mission «d'aider à l'éducation scientifique des praticiens<sup>42</sup>». Dans l'esprit des administrateurs du Collège, les sociétés médicales doivent surtout servir à la diffusion des connaissances scientifiques et à la mise à jour des connaissances des médecins. Ainsi, le comité des études médicales propose-t-il de souscrire des abonnements à un certain nombre de revues, d'acheter des thèses d'universités «étrangères» et de les distribuer aux sociétés médicales<sup>43</sup>. Mais les difficultés de distribution des revues médicales parmi les praticiens ruraux font avorter le projet. Le CMCPQ opte alors pour le financement de conférences «de médecine et de chirurgie» au profit des sociétés médicales rurales qui en font la demande<sup>44</sup>. Là aussi le Collège se heurte à une certaine inertie des membres des sociétés médicales qui préfèrent de loin consacrer leurs réunions aux problèmes professionnels ou administratifs plutôt qu'à la causerie scientifique.

À partir de la décennie 1920, la lutte au «charlatanisme» constitue l'une des préoccupations majeures des sociétés médicales. En principe, cette question relève de l'autorité centrale du Collège mais ses initiatives en ce domaine sont jugées insuffisantes par certaines sociétés. Les médecins en milieu rural souhaitent monopoliser l'ensemble des actes médicaux et se montrent moins tolérants à l'endroit des rebouteurs, des guérisseurs et des vendeurs itinérants de remèdes brevetés et, dans une moindre mesure, des homéopathes et des sages-femmes.

Mais le Collège doit ménager la chèvre et le chou, car si les médecins des régions, par l'intermédiaire des sociétés médicales, augmentent leurs pressions, à l'opposé, les pouvoirs publics se montrent toujours enclins à reconnaître comme pratiques thérapeutiques l'homéopathie et l'ostéopathie. Même le premier ministre Taschereau, en 1927, se porte à la défense des ostéopathes, au grand dam du CMCPQ. Celui-ci se voit donc contraint de redoubler d'efforts pour sensibiliser les médecins et les législateurs aux problèmes que suscitent la pratique illégale de la médecine et l'émergence de nouvelles thérapeutiques. En 1922, il publie à cet effet une brochure *Le charlatanisme au flambeau de la loi*, distribuée aux membres des sociétés médicales et aux députés. Cela ne ralentit pas pour autant l'ardeur des partisans de la décentralisation du pouvoir de contrôle de la pratique médicale qui souhaitent créer des syndicats professionnels régionaux.

Cette question est largement débattue au sein des sociétés médicales, dans les revues et les congrès médicaux. En 1928, une coalition formée de représentants de sociétés médicales régionales décide finalement de présenter à l'Assemblée générale du CMCPQ un projet très détaillé de formation de conseils médicaux régionaux dont les membres seront recrutés au sein des sociétés médicales. Cet audacieux projet propose la création de dix-huit conseils médicaux correspondant aux dix-huit districts électoraux alors en vigueur. Chaque district, tout en faisant partie de la structure du CMCPQ, obtiendrait une autonomie par l'obtention «des droits et prérogatives actuellement dévolus au BPM [...] touchant la répression de l'exercice illégal de la médecine» et la promotion des «intérêts matériels et scientifiques de ses membres<sup>45</sup>».



Chaque conseil bénéficierait aussi d'une contribution annuelle obligatoire. Désormais, le BPM serait composé des délégués des conseils médicaux et des représentants des facultés de médecine. Une telle initiative remet sérieusement en question le processus de centralisation des activités du CMCPQ en marche depuis le début du XX<sup>e</sup> siècle : « Il s'agit de savoir, note le président, si nous devons continuer à gouverner la profession en laissant à la base de nos lois et de nos règlements le principe de la centralisation inaugurée en 1909, ou si nous devons revenir au principe de la décentralisation en vigueur de 1847 à 1909<sup>46</sup>. »

Or, la position du Collège se veut claire à cet égard. La loi de 1909 a centralisé « pour le bien commun » l'administration, la lutte à l'exercice illégal de la médecine, la régie interne et la discipline de la profession, sans pour autant décourager les initiatives régionales telles que l'émergence des sociétés médicales. Mais plus encore, cette centralisation des pouvoirs a permis, selon lui, de rendre la profession « maîtresse de sa destinée : elle y admet qui elle veut, elle en fait sortir qui n'est pas digne<sup>47</sup> ». Mis au vote, le projet est finalement rejeté. Prend ainsi fin la plus sérieuse menace de décentralisation des structures de contrôle de la profession. À partir de là, et tout au long du XX<sup>e</sup> siècle, le Collège des médecins s'efforcera d'accroître ses prérogatives en matière de contrôle des actes médicaux, d'où résultera un double effet, à savoir accentuer le processus de monopolisation des soins et standardiser la qualité de la pratique médicale.

## Conclusion

Deux mouvements importants marquent l'évolution du CMCPQ : la professionnalisation de l'exercice de la médecine et la monopolisation des soins diagnostiques et curatifs. Le second

mouvement s'amorce vers la fin du XIX<sup>e</sup> siècle et s'accroît durant les quatre premières décennies du XX<sup>e</sup> siècle. Le Collège et les sociétés médicales régionales conjuguent alors leurs efforts pour s'accaparer, non sans difficultés d'ailleurs, le marché des soins.

Certes, l'amélioration des performances de la médecine moderne a fortement contribué à valoriser, sinon à survaloriser, le rôle du médecin dans l'organisation des soins. Jusqu'à la Loi des hôpitaux adoptée en 1962, le législateur laisse à la profession médicale une liberté quasi totale en matière de contrôle et de régulation des soins médicaux. Or, cet autocontrôle de la profession, confié au Collège, est souvent lacunaire : rarement intervient-il pour contrôler la qualité des actes posés par ses membres et il se montre peu efficace quant à la répartition des effectifs médicaux et de la formation continue.

La notion de protection du public est alors inféodée à l'idée que la pratique médicale relève de savoirs si complexes et spécialisés qu'elle ne peut incomber qu'aux médecins eux-mêmes, lesquels, en appliquant une saine autogestion, assurent à la population les meilleurs soins possibles. Cette conception, largement acceptée par les autorités politiques et les autres acteurs sociaux, reflète par ailleurs l'importante légitimité que la profession médicale a réussi à acquérir au Québec, légitimité qui, par ailleurs, s'accroît fortement grâce au développement des structures hospitalières. Ceci explique en partie que la société québécoise, notamment par le truchement de l'État, marquera une forte tendance, jusqu'au début des années 60, à déléguer, sinon à concentrer, une bonne part de la structuration des soins entre les mains de la profession médicale au détriment des professionnels de la santé et des autres intervenants qui aspirent à ce statut. Mais ça, c'est une autre histoire qui mériterait un long développement. □

## Notes

1–Sur les définitions du concept de profession, voir Larouche, (1987).

2–(Dussault, 1978, 442).

3–Voir (Goulet, 1997).

4–Sur la naissance de la Corporation des médecins en Ontario, voir (Baehre, 1995).

5–«Acte pour incorporer les Membres de la Profession-Médicale dans le Bas-Canada et régler l'étude et la pratique de la Médecine et de la Chirurgie en icelui», Statuts de la Province du Canada, 1847, chap. 26. «La grande charte créait un précédent en Amérique du Nord puisque aucune autre association de médecins ne possède alors le statut juridique de corporation autonome à pratique exclusive. Certes, en 1839, y a-t-il eu une tentative d'incorporation de la profession médicale du Haut-Canada mais l'imprudence des autorités médicales, qui avaient résolu de réduire les privilèges des chirurgiens britanniques, a provoqué une vive réaction du Bureau des colonies, qui finit par demander l'abrogation de l'acte en 1841. Durant sa courte période d'existence, le Collège des médecins et chirurgiens du Haut-Canada n'a jamais exercé de pouvoir réel sur la pratique médicale. Ce n'est qu'en 1865 que ce collège sera définitivement mis sur pied», (Goulet, 1997, 30-31).

6–Procès-verbaux du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec, 12 juin 1867.

7–Procès-verbaux du Collège des Médecins et Chirurgiens du Bas-Canada, 13 juillet 1859. Entre 1856 et 1859, le Collège n'a inscrit que deux nouveaux membres à son registre.

8–Procès-verbaux du Collège des Médecins et Chirurgiens du Bas-Canada, 10 octobre 1848.

9–Voir à ce propos (Goulet, 1997).

10–N'assistent à la première réunion triennale en 1850 que trente-trois médecins, la plupart étant des gouverneurs élus, alors que le Collège compte près de deux cents membres. Il faudra attendre les années 1870 avant que de telles réunions suscitent davantage d'intérêt, (Goulet, 1997).

11–Sur le développement médical des hôpitaux et les transformations du savoir médical, voir (Goulet, 1998), (Rousseau, 1990) et (Goulet, Hudon & Keel, 1993).

12–Voir à ce propos (Gaumer, Desrosiers & Keel, 2002).

13–Voir à ce propos (Goulet, 1997, 48-49).

14–L'Union médicale du Canada, 1877, 83.

15–Ceci se reflète dès l'assemblée triennale de 1877 tenue à Trois-Rivières, alors que le nombre de médecins présents se chiffre à 119 contre seulement 23, lors de l'assemblée de 1874. Les votes par procuration étant permis, on enregistre plus de 500 bulletins contre 50 en 1874. Trois ans plus tard, 140 médecins assisteront à l'assemblée triennale.

16–Voir à ce propos (Goulet, 1997).

17–Après avoir obtenu le pouvoir de fixer «un tarif d'honoraires pour les villes et les campagnes; ce tarif [ayant] force de loi devant les tribunaux», la nouvelle administration dirigée par le docteur Rottot, ancien directeur de l'Union médicale du Canada, adopte, dès septembre 1877, une échelle de prix pour les différents actes médicaux posés par ses membres, L'Union médicale du Canada, 1877, 83.

18–Procès-verbaux du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec (PVC MCPQ), 14 juillet 1880.

19–PVC MCPQ, 14 juillet 1880.

20–(Goulet, 1998, 1993).

21–(Goulet, 1997, 62). Sur le commerce et la publicité des remèdes brevetés, voir (Colin & Béliveau, 1994) et (Goulet, 1987).

22–Sur l'histoire de la profession infirmière, voir (Cohen, 2000).

23–Voir à ce propos, (Goulet, 1993) et (Goulet, Hudon & Keel, 1993).

- 24—Plusieurs administrateurs du Collège des médecins ont exercé des fonctions de direction au sein de cette revue. C'est le cas notamment des docteurs J.-P. Rottot et E.-P. Lachapelle qui ont été présidents du Collège et directeurs de la revue.
- 25—«Acte concernant l'homéopathie», Statuts de la Province du Canada, 1859, chap. 47.
- 26—«Pratiquer des accouchements, prendre part habituellement ou par une direction suivie au traitement des maladies ou des affections chirurgicales, soit en administrant des médicaments, soit en faisant usage de procédés mécaniques, physiques ou chimiques, ou de radiothérapie, ou de rayons X, constituent l'exercice de la médecine.», Statuts de la Province de Québec, 1909, chap. 55.
- 27—Le docteur E.-P. Lachapelle, à titre de président du Collège de 1898 à 1907, aura été un acteur de premier plan dans ce processus de transformation et de structuration des activités internes et externes du Collège.
- 28—(Goulet, 1997, 90).
- 29—(Dussault, 1978, 442).
- 30—Mais, par la suite, les licences sont délivrées parcimonieusement. Déjà, au tournant du XX<sup>e</sup> siècle, le nombre de sages-femmes en milieu urbain décroît au profit des obstétriciens.
- 31—Statuts de la Province du Canada, 1879, chap. 37.
- 32—«Acte pour amender et refondre de nouveau les actes relativement à la profession médicale et la chirurgie dans la province de Québec», Statuts de la Province de Québec, 1879, chapitre 37.
- 33—Mentionnons, à titre d'exemple, qu'en 1916, le docteur Polydore Dansereau, à la suite d'une poursuite intentée par le Conseil de discipline, est déclaré coupable «d'avoir, le 12 mai 1915, administré le chloroforme à un nommé Philibert Bienvenu, dans le but de permettre à un rebouteur du nom de Dragon de panser le patient et de réduire une luxation ou fracture de la jambe droite». Ce dernier est suspendu pour un mois et condamné à payer au CMCPQ les frais de poursuite encourus, PVCMPQ, 1916. p. 23.
- 34—PVCMPQ, 1911, 13.
- 35—PVCMPQ, 1935-38, 80.
- 36—À plusieurs reprises au début du XX<sup>e</sup> siècle, les procès-verbaux du Bureau médical de l'Hôpital Notre-Dame font mention de l'administration de l'anesthésie par des infirmières.
- 37—Instructions aux garde-malades, brochure, Hôpital Notre-Dame, 1911.
- 38—Correspondances 1909-1911, Bureau médical du Collège des médecins et chirurgiens de la Province de Québec. Voir aussi (Goulet, 1997).
- 39—PVCMPQ, 1908, 14.
- 40—PVCMPQ, 1911, 44.
- 41—PVCMPQ, 44-45.
- 42—PVCMPQ, 1913, 25.
- 43—PVCMPQ, 1913, 35.
- 44—PVCMPQ, 1914, 49.
- 45—PVCMPQ, 1929, 58-59.
- 46—PVCMPQ, 13-14.
- 47—PVCMPQ, 13.

## Références

- Baehre, R. (1995). The Medical Profession in Upper Canada Reconsidered: Politics, Medical Reform, and Law in a Colonial Society. *Canadian Bulletin of the History of Medicine/Bulletin canadien d'histoire de la médecine*, 101-124.
- Bernier, J. (1981). «Vers un nouvel ordre médical: les origines de la corporation des médecins et chirurgiens du Québec». *Recherches sociographiques*, 307-330.
- Bernier, J. (1983a). L'intégration du corps médical québécois à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle. *Réflexions historiques*, 91-113.
- Bernier, J. (1983b) La standardisation des études médicales et la consolidation de la profession dans la deuxième moitié du XIX<sup>e</sup> siècle. *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 51-65.
- Bernier, J. (1989). *La médecine au Québec, naissance et évolution d'une profession*. Québec: Les Presses de l'Université Laval.
- Cohen, Y. (2000). *Profession infirmière. Une histoire des soins dans les hôpitaux du Québec*. Montréal: PUM.
- Dussault, G. (1978). L'évolution du professionnalisme au Québec. *Relations industrielles*, 432-442.
- Gaumer, B., Desrosiers, G., & Keel, O. (2002). *Histoire du Service de santé de la ville de Montréal*. Québec: IQRC.
- Goulet D. (1998). La structuration de la pratique médicale 1800-1940. Dans N. Séguin (Éd.), *L'institution médicale* ( pp. 117-141). Ste-Foy: Presses de l'Université Laval.
- Goulet, D. (1987). *Le Commerce des maladies*. Québec; IQRC
- Goulet, D. (1997). *Histoire du Collège des médecins du Québec 1847-1997*. Montréal: Éd. CMQ.
- Goulet, D. (1993) *Histoire de la faculté de médecine de l'Université de Montréal 1843-1993*. Montréal: éditions VLB.
- Goulet, D., Hudon, F., & Keel, O. (1993). *Histoire de l'Hôpital Notre-Dame de Montréal 1880-1980*. Montréal: éditions VLB.
- Larouche, R. (1987). *Sociologie des professions*. Ste-Foy: coll. « Études », département de sociologie, Université Laval.
- Rousseau, F. (1990), *La Croix et le scalpel. Histoire des Augustines et de l'Hôtel-Dieu de Québec*. Québec: Septentrion.
- Tunis, B. (1981). Medical Education and Medical Licencing in Lower Canada: Demographic Factors, Conflict and Social Change. *Histoire sociale/Social History*, 62-89.



## Abstract

*This article deals with the role played by Quebec's College of Physicians in the evolution of the control over medical practice in Québec. Two important facets of this subject will be analysed: the professionalizing and the monopolizing of care. Both processes do not coincide in time, they appear with some gap between them. The first one takes place during the first half of the 19<sup>th</sup> century. The second becomes reality at the end of the same century, when the medical profession benefits from epistemological and social conditions that reinforces its prerogatives over the control of medical activity. According to the goals at aim, two kinds of intervention are privileged by the College : subordinating and more radically excluding. This accentuated both the monopolisation and the standardisation processes of the medical practice.*

## Biographie

**Denis Goulet** est professeur associé à l'Université de Sherbrooke, a publié plusieurs travaux sur l'histoire de la médecine et de la santé. Il se consacre particulièrement à l'étude du processus de médicalisation de la société canadienne.