

Gilles Dussault

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

(1985)

“Les effectifs sanitaires au Québec”

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 retraitée de l'enseignement au Cégep de Chicoutimi

Courriel: jean-marie_tremblay@uqac.ca

à partir du texte de :

Gilles Dussault, "**Les effectifs sanitaires au Québec**". 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 27, pp. 587-603. 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 18 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

"Les effectifs sanitaires au Québec"



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 27, pp. 587-603. 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](#)

[Problématique de la division du travail sanitaire](#)

[Les effectifs médicaux et dentaires](#)

[Les occupations « subordonnées »](#)

[Secteur médical](#)

[Secteur dentaire](#)

[Secteur des services optiques](#)

[Les occupations « marginales »](#)

[Conclusion](#)

[Bibliographie](#)

- [Tableau 1.](#) Nombre de médecins et dentistes et rapport population / médecin et population / dentiste, Québec, 1941-1981
- [Tableau 2.](#) Densité relative des effectifs médicaux par région socio-sanitaire, Québec, 1941-1980
- [Tableau 3.](#) Densité relative des effectifs dentaires par région socio-sanitaire, Québec, 1956-1980
- [Tableau 4.](#) Degré de féminisation des professions médicale et dentaire, Québec, 1941-1980
- [Tableau 5.](#) Effectifs des occupations sanitaires « subordonnées », Québec, 1971-1982
- [Tableau 6.](#) Effectifs des occupations sanitaires « marginales », 1981-1982

Gilles Dussault,

“Les effectifs sanitaires au Québec”. *

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 27, pp. 587-603. 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](#)

En 1980, les dépenses consacrées aux soins et services sanitaires au Québec représentaient plus de 7% du produit intérieur brut (Régie de l'assurance-maladie du Québec, 1981). Plus de 80% de ces dépenses sont publiques et la majeure partie sert à rémunérer les services de dizaines de milliers de travailleurs de la santé. Ne serait-ce qu'en raison de son importance économique, cette catégorie de travailleurs mérite l'attention. Il y a longtemps maintenant que nous sommes devenus conscients que la santé avait bel et bien « un prix » et il est de plus en plus évident que ce prix ne pourra croître indéfiniment. De là les interrogations, toujours plus nombreuses dans les sociétés occidentales, sur l'efficacité de l'organisation actuelle du travail sanitaire. Le poids des contraintes économiques amène les gouvernements et les citoyens en

* Je tiens à remercier MM. Donald Bouffard, directeur de la recherche à l'office des professions du Québec, et Michel Germain, chercheur au service de Planification et de Développement de la main-d'oeuvre du Ministère des Affaires sociales pour leur précieuse collaboration.

général à se demander si le système de santé que nous nous sommes donné à grands frais est bien celui qui produit les meilleurs résultats à meilleur compte. L'examen sérieux d'alternatives au système sanitaire actuel est rendu d'autant plus impératif que son efficacité, c'est-à-dire sa capacité de favoriser le recouvrement de la santé ou plus généralement d'améliorer le niveau de qualité de vie de la population, n'est pas évidente.

Le système de distribution de soins médicaux réunit un ensemble complexe de ressources matérielles, financières, institutionnelles et surtout humaines. L'organisation de ces ressources est soumise à de nombreuses règles et normes qui déterminent l'aménagement des moyens mis en oeuvre pour atteindre les objectifs du système. Parmi ces ressources, les fournisseurs de soins et services occupent une place centrale et il n'y a pas de doute que la compréhension de la dynamique du système sanitaire passe par une meilleure connaissance de ces groupes de producteurs et de leurs rapports entre eux.

Notre objectif ici se limitera à décrire les groupes occupationnels qui se partagent le champ du travail sanitaire. Il ne sera pas possible de considérer l'ensemble de ceux qui participent d'une façon ou d'une autre à la production de soins et services sanitaires, ce qui nous amènerait à inclure l'ensemble du personnel hospitalier, les fabricants de produits de santé, etc. Plutôt, nous limiterons la description aux occupations sanitaires comme telles c'est-à-dire celles qui regroupent des membres qui ont reçu une formation spécifique en santé.¹ Au total, nous retiendrons 26 occupations dont la grande majorité sont reconnues par le *Code des professions* du Québec (L.Q., 1973, c. 43).

Nous établirons, pour chaque groupe, ses effectifs actuels et leurs principales caractéristiques. Mais auparavant nous allons esquisser une problématique de la division du travail sanitaire qui nous permet-

¹ Nous excluons les aides et assistants de différentes sortes qui n'ont pas de formation spécifique ; des groupes comme les travailleurs sociaux, dont les activités en santé sont difficiles à circonscrire ; des groupes comme les massothérapeutes ; certaines catégories de techniciens dont les effectifs sont difficiles à établir ; enfin, les rebouteurs, radiesthésistes et autres guérisseurs qui ne constituent pas à proprement parler un groupe occupationnel (à leur sujet, voir BRUNEL, 1979).

tra en particulier de définir trois grandes catégories d'occupations de la santé et de mieux justifier l'examen de certaines caractéristiques personnelles et professionnelles des effectifs sanitaires.

Problématique de la division du travail sanitaire

[Retour à la table des matières](#)

La division occupationnelle du travail dans les services de santé, on l'observe aisément, est devenue fort complexe, surtout depuis la Deuxième Guerre mondiale. Or, la façon dont sont réparties les tâches sanitaires détermine, pour une bonne part, le volume et le genre de soins et services auxquels la population a accès. Également, les coûts d'un système de santé sont en grande partie fonction du nombre et du type de personnel employé. Au Québec où les frais médicaux et certains services dentaires et optométriques sont remboursés par une régie d'État et où, en même temps, les effectifs de médecins, dentistes et optométristes croissent beaucoup plus rapidement que la population, le contrôle des coûts pose un problème d'autant plus sérieux que ces experts ont l'autonomie requise pour créer leur propre demande de services qu'ils facturent ensuite à l'État.

Malgré les développements spectaculaires des connaissances et de la technologie médicales, le domaine de la santé et de la maladie reste fondamentalement une zone d'incertitudes où la demande de services spécialisés semble presque infinie. Cela a pour effet de favoriser la multiplication et la diversification des groupes occupationnels qui offrent des soins. Alors qu'au début du siècle la structure occupationnelle sanitaire était essentiellement composée du médecin, de la « garde-malade », du dentiste, du pharmacien et de guérisseurs de différentes sortes, de nos jours la structure est plus complexe. Les occupations mentionnées sont devenues très spécialisées et elles sont maintenant entourées de plus d'une vingtaine d'occupations - souvent

elles-mêmes divisées en plusieurs sous-catégories - offrant des services connexes.

Cette division du travail entre plusieurs occupations n'est pas le résultat de la seule évolution des sciences médicales. Si l'éclatement des connaissances et l'innovation technologique permettent d'expliquer en partie la formation de nouvelles occupations de la santé, ils n'expliquent pas comment et pourquoi la structure occupationnelle en santé a pris la forme qu'on lui connaît aujourd'hui. Historiquement, cette structure a pris la forme d'une hiérarchie d'occupations dans laquelle la médecine occupe une position structurellement dominante.

C'est-à-dire que la profession médicale, tout en conservant son autonomie, a acquis l'autorité de diriger et d'évaluer les activités des autres occupations sanitaires sans être sujette, en retour, à leur direction ou à leur évaluation (Freidson, 1970). Les autres occupations du domaine de la santé ont été ou sont encore à des degrés divers dépendantes de la médecine ; cette dépendance est consacrée par toutes sortes de mécanismes dont les plus importants sont le travail sur ordonnance et l'accréditation. Ces occupations sont structurellement « subordonnées » à la médecine.

Cette généralisation appelle toutefois quelques réserves. D'abord, il faut faire exception des cas de la dentisterie et de l'optométrie qui ont eu chez nous un développement indépendant de la médecine. Jusqu'à tout récemment, la dentisterie a maintenu des liens symboliques avec la médecine ², mais en fait, depuis un siècle, la profession dentaire s'est développée de façon autonome. L'optométrie est aussi un cas particulier : bien qu'elle ait été théoriquement une occupation autonome, dans les faits elle a dû, depuis sa reconnaissance en 1906, subir la concurrence des médecins spécialisés en ophtalmologie et aussi des opticiens d'ordonnance qui en principe ne peuvent travailler que sur prescription d'un ophtalmologiste ou d'un optométriste. Même si l'optométrie a tous les attributs formels et légaux d'une profession domi-

² Jusqu'en 1973, la Loi des dentistes reconnaissait aux médecins et chirurgiens le droit de pratiquer les actes dont, par ailleurs, elle réservait l'exercice aux seuls dentistes (S.R.Q., 1964, c. 253, art. 80, 150).

nante, dans la réalité quotidienne son autorité sur le champ de la santé visuelle est très limitée, comme nous le verrons plus loin.

L'autre réserve concerne les occupations qui offrent des soins et qui historiquement se sont formées et développées en marge du réseau officiel de distribution de soins. Ces occupations ont été systématiquement combattues par la médecine et la dentisterie officielles et jusqu'à tout récemment elles ont survécu dans une semi-clandestinité. C'est le cas des chiropraticiens, des acupuncteurs, des podiatres et des denturologistes maintenant reconnus par le *Code des professions* et des naturopathes qui sont encore proscrits par la médecine orthodoxe. La reconnaissance légale de ces occupations n'a pas entraîné encore leur intégration au système de santé traditionnel, sauf pour l'acupuncture, et leurs rapports avec les professions médicales et dentaires restent tendus. À ce titre, elles forment une catégorie particulière d'occupations que nous qualifions de « marginales » pour marquer leur faible degré d'intégration au système de santé officiel. Dans la description qui suit, nous retiendrons donc cette classification des occupations sanitaires en trois groupes : les occupations dominantes, comprenant la médecine et la dentisterie ; les occupations subordonnées, incluant les infirmières, pharmaciens, thérapeutes, techniciens, hygiénistes dentaires, optométristes, opticiens ; et les occupations marginales, regroupant les chiropraticiens, les podiatres, les denturologistes et les naturopathes.

Pour être utile, la description de ces trois groupes d'occupations doit dépasser le seul recensement de leurs effectifs. En effet, il est clairement établi que les caractéristiques personnelles et professionnelles des travailleurs de la santé ont un impact important sur le type, la qualité et la disponibilité des soins offerts (Aday et Eichorn, 1970). Par exemple, les femmes médecins ont un profil de pratique différent de celui des hommes : elles ont plus tendance à s'établir en milieu urbain, à travailler en groupe, à se concentrer dans certaines spécialités lorsqu'elles se spécialisent, à travailler moins d'heures, etc. (Contandriopoulos, 1976). Chez les dentistes, le nombre d'heures travaillées et l'équipement et le personnel utilisés sont en relation avec le nombre de patients vus annuellement (Dussault *et al.*, 1980). D'autres variables comme le statut matrimonial, le lieu de pratique, le mode de rémunération ou le mode de pratique, contribuent aussi à déterminer quel

genre de services seront offerts et en quelle quantité. Dans un contexte où l'État s'est engagé à garantir l'accès à tous à des soins de qualité, l'analyse de ces variables qui influencent la disponibilité des soins et services est pertinente.

Toutefois, il ne sera pas possible ici de faire une description aussi détaillée des effectifs sanitaires, les données n'étant pas toujours disponibles. Nous allons au moins privilégier deux variables importantes, le sexe et le lieu de pratique surtout dans l'étude des effectifs des occupations dominantes compte tenu de l'influence qu'elles exercent sur les conditions d'exercice des autres occupations.

Les effectifs médicaux et dentaires

[Retour à la table des matières](#)

Notre système de distribution de soins a connu une expansion considérable depuis la fin de la seconde guerre mondiale. Cette expansion a coïncidé avec la prise en charge par l'État de responsabilités accrues dans le domaine de la santé à la fois au niveau du financement des hôpitaux et des services médicaux et au niveau de l'organisation et de la gestion des institutions et équipements sanitaires. La croissance du secteur de la santé ne s'est pas faite sans que les effectifs sanitaires eux-mêmes croissent substantiellement.

[Retour à la table des matières](#)

Tableau 1
**Nombre de médecins et dentistes et rapport population / médecin
 et population / dentiste, Québec, 1941-1981**

Année	Nombre de médecins	Population par médecin	Nombre de dentistes	Population par dentiste
1941	3 162	1 054	933	3 571
1951	4097	990	1 147	3 460
1961	6 167	853	1 388	3 705
1971	7945	758	1 661	3 687
1981	13 244	483	2468	2592

Sources :

- De 1941 à 1971 : G. DUSSAULT, *La profession médicale au Québec, 1941-1971*, Université Laval, Institut supérieur des sciences humaines, collection « Études sur le Québec », no 2, 1974, p. 10 ; G. DUSSAULT, A.P. CONTANDRIOPOULOS et J. M. BRODEUR, *Les effectifs dentaires au Québec*, Québec, Université Laval, 1980, p. 65.

- 1981 : Office des professions du Québec, *Rapport annuel 1981-82*.

L'examen du tableau 1 indique que, depuis 1941, mais surtout ces deux dernières années, les effectifs médicaux et dentaires ont augmenté considérablement (319% pour les médecins et 165% pour les dentistes, alors que la population du Québec augmentait de 91%). Chez les médecins, la progression des effectifs a entraîné une baisse continue du rapport population/médecin ³ qui est passé de 1 054 personnes

³ Le rapport population-médecin est le produit de la division de la population totale d'une région donnée par le nombre de praticiens y exerçant et indique simplement le nombre d'habitants par praticien. Cet indicateur n'est qu'une mesure approximative de l'offre de services, puisqu'il tient pour constantes les caractéristiques de la population et des praticiens d'une région donnée. Or, on sait que ces caractéristiques varient beaucoup dans le temps et d'une région à l'autre ; on doit donc éviter les interprétations qui donnent à cet indicateur plus de signification qu'il n'en mérite.

par médecin en 1941 à 483 en 1981. Le rythme de croissance de la population dentaire a été plus lent que celui de la population totale jusqu'en 1971, de sorte qu'à cette date il y avait plus d'habitants par dentiste qu'en 1941. Une augmentation de 49% des effectifs entre 1971 et 1981, alors que la population du Québec entamait une période de croissance ralentie (5,6% en dix ans), a permis de ramener le rapport population/dentiste de 3 687 à 2 592. Avec un ajout annuel de 600 et 150 diplômés respectivement, les professions médicale et dentaire s'acheminent rapidement vers la pléthore.

Ces données globales exigent toutefois d'être nuancées par l'analyse de la distribution régionale des effectifs. Celle-ci (Tableaux 2 et 3) fait voir des écarts importants entre les régions plus urbanisées et les autres. Les régions les plus médicalisées - Québec, Cantons de l'Est et Montréal - sont celles-là mêmes où on retrouve les centres universitaires importants et les concentrations urbaines les plus grandes. L'indice de densité relative de peuplement médical ou dentaire ⁴ permet de mesurer l'évolution des écarts depuis quarante ans. Pour les médecins, il indique que si trois régions, en plus de celles déjà nommées, sont plus favorisées aujourd'hui qu'en 1941 (Bas Saint-Laurent - Gaspésie, Saguenay - Lac Saint-Jean et, marginalement, l'Outaouais), trois autres sont plus défavorisées qu'elles ne l'étaient alors (Trois-Rivières, Nord-Ouest, Côte-Nord). En d'autres termes, l'accroissement spectaculaire du nombre de médecins n'a pas profité également à toutes les régions, au point que des régions périphériques ont en 1981 un

⁴ L'indice de densité relative mesure les écarts dans la distribution régionale des effectifs. Un seuil de 1 indiquerait une distribution des effectifs correspondant à la distribution de la population totale. Un seuil inférieur à 1 indique qu'une région est défavorisée et un seuil supérieur à 1 qu'elle est favorisée. La densité relative (A) est le produit de la division de la part relative des effectifs qu'on retrouve dans une région par la part relative de population qu'on y retrouve. On peut l'exprimer dans la formule suivante :

$$\Delta = \frac{d/D}{p/P} \text{ où}$$

d : nombre de praticiens dans la région
D : nombre total de praticiens au Québec
p : population de la région
P : population du Québec

rapport population/dentiste presque aussi élevé, dans certains cas plus, que le rapport moyen pour l'ensemble de la province en 1941.

Dans le cas des dentistes, le profil est sensiblement le même, sinon avec une concentration encore plus importante des effectifs dans la région « Montréal métropolitain ». On note ici aussi que l'augmentation d'effectifs à partir de 1971 n'a pas profité également à toutes les régions : au moins quatre régions déjà largement défavorisées ont vu leur part relative des effectifs diminuer ou rester la même.

Quand on examine par ailleurs la répartition géographique des praticiens des 31 spécialités médicales et des 8 spécialités dentaires ⁵, le statut défavorisé des régions moins urbanisées est encore plus évident. Environ 90% des médecins spécialistes se concentraient dans les régions 3, 5 et 6 dont près de 60% dans le seul Montréal métropolitain. En 1980, ces trois régions regroupaient, à titre d'exemple, 95% des allergistes, neurologues, psychiatres et neurochirurgiens. Les régions les plus défavorisées étaient le Bas Saint-Laurent, l'Outaouais, le Nord-Ouest où 20 spécialités n'avaient pas de représentant et la Côte-Nord et le Nouveau-Québec où 25 des 31 spécialités étaient absentes. Chez les dentistes, plus de 9 spécialistes sur 10 exercent dans les régions de Québec et de Montréal.

⁵ Parmi les médecins, 49,7% étaient des spécialistes en 1980, 54,4% en 1971, 39,7% en 1961 et 22,5% en 1951 (RAMQ, 1980 et DUSSAULT, 1974). La proportion de spécialistes est beaucoup moindre en dentisterie ; environ 10% en 1980, 5,9% en 1971, 3,4% en 1961 et 1,8% en 1956. (DUSSAULT et al., 1980).

[Retour à la table des matières](#)

Tableau 2
Densité relative des effectifs médicaux par région socio-sanitaire,
Québec, 1941-1980

Région	1941 (1)	1951 (1)	1961 (1)	1971 (1)	1980 (2)
1. Bas Saint-Laurent - Gaspésie	52	48	52	46	65
2. Saguenay - Lac Saint-Jean	49	59	70	68	67
3. Québec	89	1,08	1,04	1,08	1,10
4. Trois-Rivières	76	78	73	70	67
5. Cantons de l'Est	1,00	84	1,00	1,14	1,26
6. Montréal	1,25	1,23	1,18	1,16	1,13
7. Outaouais	50	52	46	44	52
8. Nord-Ouest	66	57	53	37	48
9. Côte-Nord	62	40	42	39	,40
10. Nouveau-Québec	-	-	-	,21	,40

Sources :

1. G. DUSSAULT, *La profession médicale au Québec, op. cit.*

2. Régie de l'assurance-maladie du Québec, *Statistiques annuelles 1980.*

N.B. Les données 1941-1971 incluent l'ensemble des praticiens et celles de 1980 ceux *qui* sont en exercice, soit environ 90% des effectifs totaux.

Signalons enfin que la médecine et la dentisterie restent, au Québec, des occupations largement masculines. Comme l'indique le tableau 4, la féminisation de ces occupations a été continue mais lente et il faudra encore plusieurs années avant que la présence des femmes dans ces champs d'activité exerce une influence profonde. Au rythme actuel d'inscriptions féminines dans les facultés médicales, il faudra encore vingt ans avant que le tiers des effectifs soit féminin (Lahaye, 1981). La féminisation des effectifs est un phénomène très important compte tenu du fait que les femmes ont tendance à se comporter différemment. Ainsi les femmes, en médecine, se spécialisent moins ; en 1980, 32,8% des femmes étaient des spécialistes alors que 52,7% des hommes l'étaient. De plus, celles qui se spécialisent ont tendance à

privilégier certaines spécialités, comme l'anesthésie-réanimation, la pédiatrie, la psychiatrie ou la radiologie et à en éviter d'autres comme la cardiologie, la gastro-entérologie, la médecine interne et de façon générale, les spécialités chirurgicales (Régie de l'assurance-maladie du Québec, 1980). Également, les femmes dentistes et médecins s'établissent le plus souvent en milieu urbain, travaillent moins d'heures, exercent plus souvent en groupe et sont plus souvent salariées (Contandriopoulos, 1976 ; Dussault et al., 1980).

[Retour à la table des matières](#)

Tableau 3
Densité relative des effectifs dentaires par région socio-sanitaire, Québec,
1956-1980

Région	1956 (1)	1971 (2)	1980 (2)
1. Bas Saint-Laurent - Gaspésie	37	36	61
2. Saguenay - Lac Saint-Jean	60	57	64
3. Québec	65	65	89
4. Trois-Rivières	73	78	71
5. Cantons de l'Est	78	86	98
6. Montréal	1,32	1,28	1,19
7. Outaouais	70	59	59
8. Nord-Ouest	61	71	63
9. Côte-Nord	38	35	,36
10. Nouveau-Québec	-	23	,36

Sources :

1. G. DUSSAULT *et al.*, *Les effectifs dentaires au Québec, op. cit.*
2. Régie de l'assurance-maladie du Québec, *Statistiques annuelles 1980.*

[Retour à la table des matières](#)

Tableau 4
Degré de féminisation des professions médicale et dentaire, Québec,
1941-1980

	Pourcentage de femmes- médecins	Pourcentage de femmes- dentistes
1941 (1)	1,8	1,3
1951 (1)	2,9	1,6
1961 (1)	5,7	2,5
1971 (1)	9,8	4,4
1980 (3)	12,9	8,5

Sources :

1. Recensements du Canada, 1941, 1951, 1961.
2. Régie de l'assurance-maladie du Québec, *Statistiques annuelles 1980*, pp. 88-89, p. 159.

Note : Les données de 1941-1971 incluent l'ensemble des praticiens et celles de 1980 ceux qui sont en exercice, soit environ 90% des effectifs totaux.

Au total donc, les occupations de dentiste et de médecin ont connu une croissance importante de leurs effectifs depuis 1941. Depuis 1971, cette croissance est de loin supérieure à celle de la population, ce qui risque d'entraîner à court terme un déséquilibre de la démographie médicale. Les effectifs actuels sont inégalement répartis dans les régions du Québec, les régions urbanisées étant, de façon générale, privilégiées. Enfin, ces deux occupations restent des bastions masculins, une situation qui ne changera que progressivement d'ici la fin du siècle.

Les occupations « subordonnées »

[Retour à la table des matières](#)

La vingtaine d'occupations que nous avons incluses dans cette catégorie comprend des groupes occupationnels dont les membres ont pour activité principale de fournir des soins ou des services sanitaires. Ensemble, elles regroupent un peu plus de 95 000 personnes, ce qui représente environ la moitié du nombre de personnes employées dans le secteur de la santé, les autres étant des techniciens et assistants de toutes sortes, employés de bureau, ouvriers, administrateurs, etc. La très grande majorité, soit 95%, de ces personnes travaillent dans le secteur médical où leurs activités sont plus ou moins dépendantes de celles des médecins. Les autres travaillent dans les secteurs des soins dentaires et de l'optique.

[Retour à la table des matières](#)

Tableau 5
Effectifs des occupations sanitaires « subordonnées », Québec, 1971-1982

Occupation	1971	1975	1982
Secteur médical			
Archivistes	144 (1)	334 (5)	511 (4)
Audiologistes et orthophonistes	99 (2)	385 (5)	368 (7)
Audioprothésistes	N. D.	111 (5)	87 (7)
Diététistes	520 (3)	723 (5)	1 100 (7)
Ergothérapeutes	175 (2)	298 (5)	587 (7)
Infirmiers	39 252 (3)	44 213 (5)	49 622 (7)
Infirmiers auxiliaires	8 670 (3)	12 737 (5)	19 840 (4)
Inhalothérapeutes	172 (1)	596 (6)	1 000 (2)
Pharmaciens	2 240 (3)	2 412 (5)	3 606 (7)
Physiothérapeutes	400 (2)	673 (5)	1 200 (7)
Prothésistes-orthésistes	N. D.	N. D.	165 (2)
Psychologues	815 (2)	1 366 (5)	2 397 (8)
Puéricultrices	2 609 (7)	2 455 (6)	2 000 (7)
Techniciens en radiologie et techniciens en médecine nu- cléaire	1 495 (3)	2 324 (5)	2 700 (7)
Technologistes médicaux	1 825 (1)	1 968 (5)	5 000 (7)
Secteur dentaire			
Assistantes dentaires	1 059 (2)	2 415 (7)	3 190 (7)
Hygiénistes dentaires	11 (3)	29 (3)	740 (8)
Techniciens dentaires	429 (2)	624 (5)	260 (7)
Secteur de l'optique			
Opticiens	240 (3)	292 (5)	429 (8)
Optométristes	516 (4)	597 (5)	795 (7)
N.D. : non disponible			

Sources :

1. R. BÉLAND, *Structure occupationnelle de la main-d'oeuvre dans les hôpitaux du Québec*, Annexe 1 au *Rapport du comité d'étude de la main-d'oeuvre hospitalière*, Québec, Éditeur officiel, 1973. (N.B. Ces données valent pour 1970).
2. *Recensement du Canada 1971 et Répertoire de la main-d'oeuvre sanitaire, 1976*, Ottawa, Santé et Bien-Etre Canada, 1977.
3. Comité d'étude des professions auxiliaires de la santé ; Document de travail, 1971.
4. Régie de l'assurance-maladie du Québec, *Statistiques annuelles 1971*.
5. Office des professions du Québec, *Rapport annuel, 1975-1976*.
6. Office des professions du Québec, *L'évolution du professionnalisme au Québec*, Québec, 1976, p. 13.
7. Données compilées par le service de planification et de développement de la main-d'oeuvre, Ministère des Affaires sociales du Québec.
8. Office des professions du Québec, *Rapport annuel 1981-82*, (Données au 31 mars 1981).

Secteur médical

[Retour à la table des matières](#)

En 1982, les infirmières et les infirmières auxiliaires formaient 77% du contingent des travailleurs du secteur médical alors que, dix ans plus tôt, elles en formaient 82% environ. Ceci indique que les « petites professions » de la santé ont accru leur importance relative. Ce sont en particulier les thérapeutes (ergo-, inhalo- et physiothérapeutes) et les techniciens qui ont connu l'augmentation d'effectifs la plus marquée. Ce sont, par contre, les infirmières qui ont perdu le plus de poids dans la structure occupationnelle sanitaire : en 1971,

leurs effectifs comptaient pour 67% des travailleurs du secteur médical et, en 1982, cette proportion n'était plus que de 55%. Les infirmières auxiliaires, dont le nombre a plus que doublé depuis 1971, sont passées de 15% à 22% de l'effectif total, ce qui laisse croire à une tendance à la substitution de leurs services à ceux des infirmières. Ici, il faut toutefois relativiser l'importance numérique de ces deux groupes occupationnels en notant que seulement la moitié de ces travailleurs exercent à temps plein alors que la proportion est généralement plus élevée dans les autres groupes (Boulard, 1981). Cela tient en partie au fait que ce sont des professions féminines à 95% et 85% respectivement et aussi au fait que les services infirmiers doivent être assurés en tout temps, ce qui multiplie les possibilités d'emploi à temps partiel. En fait, à l'exception des occupations d'orthésiste-prothésiste, de pharmacien et de psychologue, toutes les occupations du secteur médical sont majoritairement - dans plusieurs cas presque entièrement - féminines (Boulard, 1981).

La plupart de ces travailleurs sont employés dans des établissements du réseau des Affaires sociales et à ce titre sont salariés de l'État. Leur distribution géographique coïncide avec celle des établissements hospitaliers et des équipements médicaux. Quelques groupes toutefois ont une forte proportion de leurs membres qui exercent dans d'autres milieux. Les audioprothésistes exercent tous dans le secteur privé, soit comme propriétaires de laboratoire ou employés. Seulement 13% des pharmaciens pratiquent en établissement, les autres étant dans le secteur privé (33% sont propriétaires de leur pharmacie). Environ 30% des psychologues sont employés dans le réseau des Affaires sociales, 35% dans le réseau de l'Éducation, 15% en cabinet privé, les autres se distribuant dans la fonction publique, les entreprises privées, l'enseignement et autres secteurs d'activité. Enfin, environ 20% des physiothérapeutes et des techniciens en radiologie exercent en dehors du réseau des Affaires sociales, généralement en clinique privée.

Secteur dentaire

[Retour à la table des matières](#)

Dans le secteur des soins et services dentaires, le rapport entre le nombre de travailleurs auxiliaires et le nombre de dentistes est de 1,7, soit quatre fois plus petit que dans le secteur médical (6,8 travailleurs pour 1 médecin). Le personnel le plus employé est l'assistante dentaire qui généralement reçoit sa formation en cours d'emploi. L'assistante a, dans un peu moins du tiers des cas, des fonctions administratives qui s'ajoutent aux fonctions d'assistance au niveau des soins (Dussault *et al.*, 1980).

Les hygiénistes dentaires sont apparus dans la structure au milieu des années 1970, bien que cette occupation existe depuis les années 1920 aux États-Unis et dans certains pays européens. Ce sont à quelques exceptions près des femmes qui travaillent soit en établissement de santé (environ 25%) ou, plus souvent, en cabinet privé (75%). Leur utilisation au Québec a coïncidé avec la mise en place d'un régime de soins dentaires gratuits pour les enfants en 1974. Leurs activités principales sont de nature prophylactique.

Finalement, les techniciens, qui fabriquent des prothèses sur ordonnance, constituent un groupe en déclin. En janvier 1982, ils étaient 260, soit moins de la moitié des effectifs de 1975 ; environ 240 d'entre eux sont employés dans des laboratoires privés et les autres travaillent dans les écoles dentaires et certains en cabinet dentaire. La chute d'effectifs est liée à la reconnaissance, par le *Code des professions* de 1973, de la denturologie comme profession d'exercice exclusif. Le champ d'activité étant à toutes fins pratiques le même que celui des techniciens, ces derniers ont choisi en grand nombre d'adhérer à la corporation professionnelle des denturologistes et d'abandonner celle des techniciens dentaires qui ne leur conférait que le seul privilège d'un titre professionnel. Ce choix leur permet une plus grande autonomie de pratique et réduit sensiblement leur dépendance à l'égard des dentistes.

Les hygiénistes ont été, depuis leur arrivée sur le marché des services dentaires, dépendantes de la profession dentaire dans la mesure où une très grande majorité d'entre elles étaient employées par des dentistes. Ces derniers pouvaient jusqu'à l'été 1982 se faire rembourser les soins de prévention fournis aux enfants de moins de quinze ans, par la Régie de l'assurance-maladie, ce qui les encourageait à employer des hygiénistes. Ces services préventifs ont maintenant été transférés au secteur public et seront dorénavant dispensés dans les écoles et les départements de santé communautaire. Le nombre d'hygiénistes travaillant dans le secteur public va augmenter rapidement, et on peut supposer que leurs rapports avec la profession dentaire vont s'en trouver modifiés. Déjà des déclarations récentes de leurs représentants indiquent un désir d'agrandir leur champ d'exercice et de s'affranchir de la tutelle des dentistes (De Gramont, 1982). Quant aux assistants, on voit difficilement comment leur situation peut changer du fait que leur activité ne peut être exercée de façon indépendante de celle du dentiste.

Secteur des services optiques

[Retour à la table des matières](#)

Dans le secteur de la « santé visuelle », les rapports entre les trois principales catégories de dispensateurs de soins et services sont plus difficiles à cerner. Le problème vient du fait que les champs d'exercice des ophtalmologistes, des optométristes et des opticiens d'ordonnance se chevauchent sans qu'on puisse établir qui contrôle quoi dans les faits. Les ophtalmologistes qui sont des médecins spécialistes et les optométristes qui ont une formation universitaire en optométrie ont le droit d'établir un diagnostic et de prescrire des lentilles correctrices. Les opticiens qui se spécialisent dans la fabrication et l'ajustement des prothèses visuelles ne peuvent poser un diagnostic et en principe ne travaillent que sur ordonnance. Par contre, les trois groupes font la vente de prothèses et sont donc en situation de concurrence. Les ophtalmologistes et les optométristes sont en situation de conflit d'intérêt permanent puisqu'ils prescrivent et vendent à la fois. Les ophtalmologistes ont résolu cette difficulté en limitant leurs activités de vente aux

lentilles cornéennes, un secteur où les considérations d'esthétique et de mode n'existent pas. Dans le secteur de la lunette, par ailleurs, on a là un produit de consommation dont la vente se fait selon les règles qui gouvernent n'importe quel autre marché.

On retrouve un peu moins de 1 500 personnes, en 1982, dans ce secteur, réparties ainsi : ophtalmologistes, 15% des effectifs, optométristes, 55% et opticiens, 30%. Aucun de ces groupes n'exerce un contrôle clair d'un secteur déterminé du champ d'activité. En réalité, les ophtalmologistes ont traditionnellement collaboré avec les opticiens et ensemble ils font concurrence aux optométristes. Ces derniers pouvaient toujours tirer parti de leur droit de prescrire et de vendre, mais depuis peu ils sont tenus par la loi de remettre l'ordonnance au client qui peut alors recourir au professionnel de son choix pour l'achat d'une prothèse. Les effets de l'adoption de cette réglementation ne sont pas encore mesurables, mais d'ores et déjà, on peut entrevoir une lutte commerciale et politique féroce entre principalement les opticiens et les optométristes pour le contrôle du marché fort lucratif des prothèses.

La collaboration ophtalmologistes-opticiens est illustrée par la distribution géographique de leurs effectifs respectifs. Les deux groupes sont concentrés dans les régions urbanisées (régions 3, 4, 5, 6) où on retrouve 95% des ophtalmologistes et 98% des opticiens. Dans les trois régions où il n'y a pas d'ophtalmologiste (régions 8, 9, 10), il n'y a pas d'opticien non plus. Les optométristes quant à eux sont mieux répartis et ils contrôlent le marché des régions périphériques. Notons enfin que les occupations d'optométriste et d'opticien - qui s'exercent presque exclusivement en cabinet privé - sont des fiefs masculins.

Les occupations « marginales »

[Retour à la table des matières](#)

Dans cette catégorie, nous inclurons quatre occupations dont les praticiens exercent en marge des structures dominantes : la chiropraxie, la denturologie, la naturopathie et la podiatrie. Cette nomenclature n'épuise évidemment pas la liste des praticiens marginaux dont la plu-

part sont inorganisés et ne forment pas des groupes occupationnels à proprement parler. Les groupes dont il est question ici sont organisés et même reconnus légalement ; cependant leurs membres ne sont pas intégrés à la médecine et à la dentisterie « officielles » et pratiquent en dehors de leurs cadres.

Les chiropraticiens, par exemple, ont pratiqué, jusqu'à leur reconnaissance par le *Code des professions* de 1973, dans une semi-clandestinité. Pendant plus de 50 ans, ils ont été la cible constante des poursuites judiciaires et des campagnes de dénigrement du Collège des médecins qui dénonçait comme étant du charlatanisme les manipulations de la colonne vertébrale auxquelles la chiropratie attribue de grandes valeurs thérapeutiques (Dussault, 1974). Jusqu'à ce jour, la profession médicale a pu empêcher que des chiropraticiens soient formés au Québec, qu'ils aient accès aux hôpitaux et que leurs services soient couverts par le régime d'assurance-maladie. Elle a tout fait pour empêcher leur reconnaissance légale en 1973 mais l'État est resté sourd à ses pressions. Il faut comprendre qu'à cette époque, la chiropratie était reconnue partout aux États-Unis et dans la plupart des autres provinces canadiennes et que ses praticiens traitaient chaque année des dizaines de milliers de personnes, sans que les dommages à leur santé que les médecins accusaient les chiropraticiens de provoquer, ne puissent être observés.

[Retour à la table des matières](#)

Tableau 6
Effectifs des occupations sanitaires « marginales », 1981-1982

Occupation	1971 (1)	1975 (2)	1982 (3)
Chiropraticiens	320	394	569
Denturologistes	N. D.	503	714
Podiatres (4)	200	68	116
Naturopathes	30	34	N. D.

N.D. : non disponible.

Sources :

1. J. STAFFORD, *Opération Sciences de la Santé*, Dossier no 7 (Sous-secteurs en émergence). Ministère de l'Éducation du Québec. 1973.
2. Office des professions du Québec, *Rapport annuel 1975-76 et L'Évolution du professionnalisme au Québec*, 1976.
3. Données compilées par le service de Planification et de Développement de la main-d'oeuvre, Ministère des Affaires sociales du Québec, 1982.
4. La chute d'effectifs en 1975 s'explique du fait qu'à la création, en 1973, d'une corporation professionnelle d'exercice exclusif pour réglementer l'exercice de la podiatrie, un nombre substantiel de personnes qui jusque là s'étaient intitulées podiatres n'ont pu satisfaire aux exigences d'admission à la corporation et ont été, de ce fait, privées du droit d'exercice.

Malgré que la formation de chiropraticien ne puisse être acquise qu'à l'extérieur du Québec, à grands frais, les effectifs de cette occupation sont en progression continue, ce qui suggère l'existence d'une importante demande de soins non satisfaite par la médecine officielle, dont les services sont pourtant gratuits. Les chiropraticiens exercent tous en cabinet ou clinique privés et ce sont le plus souvent des hommes.

Dans le cas des denturologistes, il s'agit de techniciens qui font directement concurrence aux dentistes au niveau de la vente de prothèses. Jusqu'à l'adoption du *Code des professions*, ils pratiquaient dans l'illégalité mais, contrairement aux chiros, ils ne s'affichaient pas et n'étaient pas regroupés. On les retrouvait dans des soubassements ou des fonds de cour et ils déménageaient souvent. Le bouche-à-oreille suffisait à faire connaître leur lieu de pratique, le type et le coût des services qu'ils offraient. Une campagne permanente de répression de leur activité était menée par le Collège des dentistes qui a tout tenté pour les éliminer. En 1973, l'État a choisi de les reconnaître, de les forcer à acquérir une formation de base et de les assujettir à des normes de pratique plutôt que de les maintenir dans une clandestinité où ils seraient vraisemblablement parvenus à survivre pendant encore longtemps. Quoique théoriquement contraints de travailler sur ordonnance d'un dentiste, il est parfaitement douteux que les quelque 700

denturologistes québécois parviennent à vivre de leur profession sans interpréter libéralement la section de la Loi sur la denturologie (L.Q., 1973, c. 50, sec. IV) qui leur permet de « réparer » une prothèse amovible sans nouvelle ordonnance.

Les denturologistes exercent tous en laboratoire privé et, depuis 1979, leurs services aux bénéficiaires de l'aide sociale sont remboursés par la Régie de l'assurance-maladie. Plus de 75% d'entre eux exercent dans les régions de Québec et de Montréal où il y a un denturologue pour 3,3 dentistes généralistes ; dans les autres régions, le rapport est de 1 denturologue pour environ 2,6 dentistes, sauf au Saguenay -Lac St-Jean où il est de 1 pour 1,7 (RAMQ, 1980). Signalons enfin que seulement 4,5% des denturologistes sont des femmes.

Quant aux podiatres, ils forment un petit groupe d'une centaine de spécialistes du pied dont les membres doivent recevoir leur formation à l'étranger, soit aux États-Unis ou en Angleterre où la profession de *chiroprapist* est reconnue et bien établie depuis plusieurs décennies. On sait peu à leur sujet, sinon qu'ils sont tous en pratique privée et qu'ils exercent presque exclusivement dans les grands centres urbains.

Enfin, les naturopathes, qui aussi sont tout au plus une centaine, cherchent sans succès depuis quelques années à obtenir d'être reconnus comme profession au sens légal du terme. Ils offrent au public une alternative à la médecine interventionniste et malgré leur petit nombre, ils semblent avoir créé une niche pour la naturopathie dans le marché des soins de santé. À ce titre, ils sont l'objet d'une surveillance attentive de la profession médicale qui dans le passé a eu tendance à les dénoncer comme fumistes.

En somme, la structure occupationnelle sanitaire qui, pour une grande part, est constituée de groupes organisés en hiérarchie sous le contrôle de la médecine et de la dentisterie, compte aussi un certain nombre de petits groupes dont les membres exercent en marge de cette hiérarchie. Pour l'instant, leur influence est minime mais leur seule existence indique que les monopoles médical et dentaire ne sont pas absolus.

Conclusion

[Retour à la table des matières](#)

La description statistique des effectifs sanitaires ne permet certes pas d'analyser en détail la nature des rapports entre les divers groupes occupationnels qui se partagent le travail sanitaire. Elle constitue toutefois un outil utile qui permet de situer les occupations sanitaires dans une structure occupationnelle et d'identifier quelques-unes de leurs caractéristiques principales. On note par exemple que depuis dix ans, dans le secteur médical, le nombre d'auxiliaires spécialisés (thérapeutes et techniciens) et d'infirmières auxiliaires augmente de façon continue et qu'ils occupent une place de plus en plus importante, alors que le poids relatif de la population infirmière diminue. C'est comme si le territoire jadis réservé aux infirmières était grugé à la fois par le haut par les thérapeutes spécialisés et par le bas par les infirmières auxiliaires.

On observe aussi un clivage très clair entre les occupations masculines et les occupations féminines. Les premières sont celles qui généralement se pratiquent en cabinet ou clinique privés. Ce sont celles aussi où le praticien est appelé à vendre un produit en plus de fournir un service, où l'installation en pratique est coûteuse et l'activité professionnelle se double d'une activité d'entreprise. Les femmes se retrouvent plutôt dans les occupations salariées qui n'exigent pas d'investissement particulier et surtout qui permettent une plus grande flexibilité dans la vie de travail (temps partiel, interruption de carrière). Ces occupations féminines sont presque condamnées à rester dépendantes de la médecine ou de la dentisterie dans la mesure où il est difficile pour leurs membres de s'organiser, soit parce que beaucoup ne travaillent pas à temps plein (infirmières) ou qu'ils sont trop dispersés (assistantes dentaires), mais surtout parce que beaucoup ne font pas carrière dans ces occupations, ce qui n'est pas le cas des professions masculines.

La division sexuelle du travail sanitaire est un phénomène complexe et son étude peut certes aider à comprendre la division actuelle des tâches en santé. Cette division, nous l'avons dit, présente les traits d'une hiérarchie d'occupations. Il reste à expliquer pourquoi et comment une telle structure s'est formée et aussi identifier les facteurs qui expliquent la position respective des diverses occupations sanitaires. Une telle explication exige un détour par l'histoire des services de santé, ce qui reste largement à faire chez nous.

Bibliographie

[Retour à la table des matières](#)

ADAY, L.A., EICHORN, R., *The Utilization of Health Services : Indices and Correlates. A Research Bibliography*, Washington, HEW Publication, 1970, 105 p.

BOULARD, R., *Recueil de données statistiques sur la main-d'oeuvre de niveau syndicable du réseau des Affaires sociales en 1977-1978*, Québec, Ministère des Affaires sociales, 1981, 126 p.

BRUNEL, G., « La culture populaire en procès permanent : le cas des guérisseurs traditionnels au Québec », *Sociologie et sociétés*, XI, 1, avril 1979, pp. 147-165.

CONTANDRIOPOULOS, A.P., « L'activité professionnelle des femmes médecins au

Québec », *Bulletin de la Corporation professionnelle des médecins du Québec*, XVI, 1, janvier 1976, pp. 1-43.

DE GRAMONT, S., « La prévention : tout reste à faire », *Le Soleil*, 19 février 1982, p. A-5.

DUSSAULT, G., *La profession médicale au Québec 1941-1971*, Québec, Université Laval, Cahiers de l'ISSH, Collection « Études sur le Québec », no 2, 1974, 133 p.

DUSSAULT, G., BRODEUR, J.M., CONTANDRIOPOULOS, A.P., *Les effectifs dentaires au Québec*, Québec, Université Laval, 1980, 344 p.

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

LAHAYE, J., *De plus en plus de femmes médecins au Québec ! Faits et illustrations : 1978-2000*, Québec, Ministère des Affaires sociales, 1981, 29 p.

RÉGIE DE L'ASSURANCE-MALADIE DU QUÉBEC (RAMQ), *Statistiques annuelles 1980*, Québec, 1981, 300 p.

Fin du texte