

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

LA DUALITÉ NATIONALE ET LES STRATÉGIES ASSOCIATIVES DES
MÉDECINS QUÉBÉCOIS DEVANT L'ASSURANCE-SANTÉ, 1942-1969 :
UNE HISTOIRE POLITIQUE

MÉMOIRE PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE DE LA
MAÎTRISE EN ÉTUDES QUÉBÉCOISES

PAR
ANTOINE ROSSIGNOL

NOVEMBRE 2021

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

RÉSUMÉ

De 1942 à 1969, les États canadien et québécois envisagent puis mettent en place les grandes mesures providentialistes dans le domaine de la santé. Cette évolution politique modifie les rapports que les gouvernements entretiennent avec la société civile en général et avec la profession médicale en particulier, qui connaît un élan de politisation. Par l'analyse du discours véhiculé par les journaux (le *CMA Journal* et l'*Union Médicale du Canada*) des deux plus grandes associations médicales du Canada (l'Association médicale canadienne et l'Association de médecins de langue française du Canada), ce mémoire met en lumière les stratégies associatives déployées par ces associations afin d'influencer les politiques gouvernementales. Notre recherche montre que les politiques providentialistes obligent les associations à améliorer leur représentativité pour servir d'interlocuteurs légitimes face aux gouvernements. Cette quête de représentativité stimule la concurrence entre les associations. Notre recherche montre aussi que les associations modifient leurs stratégies selon que les principaux lieux de décision se déplacent entre le palier fédéral et le palier provincial, ce qui arrive régulièrement entre 1942 et 1969. Finalement, notre recherche montre comment la dualité nationale et linguistique propre au Canada influence les stratégies des associations et les résultats de leurs efforts politiques.

REMERCIEMENTS

D'abord, je tiens à remercier mes proches, ma famille, que je n'ai pu voir aussi souvent que je l'aurais souhaité : Sfi, Nate, la plus belle au monde Zelda Lalonde, Suzanne, James, Richard, Kathleen, Caroline et Mamie Lucie. Merci pour vos sincères encouragements. Merci à ma petite Nord-Hélène, ta présence enrichit les beaux moments et relativise les échecs.

Je remercie aussi chaleureusement les professeurs et les chargés de cours du département qui ont tous, d'une façon ou d'une autre, contribué à mon cheminement et à mon modeste succès. Je remercie particulièrement (sainte) Lucia Ferretti qui a joué un rôle déterminant à pratiquement chaque étape de mon parcours ; de la réception de ma demande d'admission à sa présence à la journée d'accueil, de la demande de bourse au choix de mon directeur de maîtrise. Merci Lucia, j'espère un jour avoir, comme vous, le courage de mes convictions.

Je remercie évidemment mon directeur, Julien Prud'homme, dont la contribution à ce mémoire est inestimable. Avec un directeur comme le mien, l'expression « notre mémoire » prend tout son sens et dépasse le cadre de la formalité. Son côté « papa », je le dis sans la moindre allusion péjorative, a non seulement su apaiser mes appréhensions durant chaque étape de ce mémoire mais m'a aussi aidé à apprivoiser mon propre rôle de nouveau père. Merci Julien-M. Prud'homme! Merci également à Dannick Rivest dont la solidarité dans l'adversité m'a été précieuse.

J'aimerais aussi remercier le département de Sciences humaines de l'UQTR de m'avoir octroyé une bourse d'excellence et d'encouragement lors de mon inscription à la maîtrise. Je remercie aussi le Conseil des recherches en sciences humaines (CRSH) pour l'obtention d'une bourse de recherche finançant ma première année à la maîtrise.

Finalement, merci incroyablement [sic] à ma conjointe Gabrièle qui a relu plusieurs de mes travaux ; de mon premier devoir de baccalauréat à mon mémoire de maîtrise. Merci de faire de mes projets personnels les projets d'une vie commune.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	ii
REMERCIEMENTS	iii
LISTE DES ABBRÉVIATIONS.....	vi
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1 : HISTORIOGRAPHIE ET MÉTHODOLOGIE.....	2
1. Pour une histoire politique « renouvelée » de l'assurance-santé au Canada.....	3
1.1 L'histoire du providentialisme	6
1.2 Le providentialisme dans le domaine de la santé.....	7
1.3 Le providentialisme et la société civile	9
1.4 Le nationalisme et l'expérience québécoise de la variabilité provinciale	10
2. La méthodologie et les questions de recherche.....	12
3. Le corpus documentaire, les associations étudiées et leurs revues	16
CHAPITRE 2 : 1942-1955 : DU COMITÉ HEAGERTY AUX NATIONAL HEALTH GRANTS, PREMIÈRE IMPULSION PROVIDENTIALISTE AU CANADA	22
1. 1942-1946 : de la Guerre à la sortie de crise : une fenêtre politique inédite.....	22
1.1 L'AMC de 1942-1946 : un manque de racines au Québec	27
1.2 L'AMLFAN de 1942-1946 : une association nord-américaine, des enjeux panaïadiens	34
2. 1946-1955 : l'échec du projet Heagerty et la voie des <i>National Health Grants</i> .38	38
2.1 L'AMC de 1946-1955 : les chantiers provinciaux de l'AMC	44
2.2 L'AMFLC de 1946-1955 : une association panaïadienne, des enjeux provinciaux	47
3. Conclusion.....	51
CHAPITRE 3 : 1955-1969 : DE L'ASSURANCE-HOSPITALISATION À L'ASSURANCE-MALADIE : UNE RIVALITÉ ASSOCIATIVE QUI S'INTENSIFIE	52

1. 1955-1962 : de l'assurance hospitalisation à la commission Hall	52
1.1 L'AMC de 1955-1962 : la séduction des francophones ?	54
1.2 L'AMLFC de 1955-1962 : Dernier espoir et lendemains amères	60
2. 1962-1969 : Le rapport Hall et le parachèvement de l'assurance-santé	68
2.1 Répercussions du rapport Hall au Québec (1962-1969).....	74
2.2 L'AMC de 1962-1969 : centralisation canadienne et dernier pari québécois....	77
2.3 L'AMLFC de 1962-1969: « F » comme « Français » ou comme « Fin d'un âge d'or » ?	84
CONCLUSION GÉNÉRALE	91
BIBLIOGRAPHIE	96
1. Sources primaires	96
1.1 Publications associatives.....	96
2. Sources secondaires	96
ANNEXE 1	101

LISTE DES ABRÉVIATIONS

- AMC/CMA : Association médicale canadienne/ Canadian Medical Association
- AMC-Q : Association médicale canadienne – Québec
- AMLFAN : Association des médecins de langue française d'Amérique du Nord
- AMLFC : Association des médecins de langue française du Canada
- AMPQ : Association médicale de la Province du Québec
- FMOQ : Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
- FMSQ : Fédération des médecins spécialistes du Québec
- JAMC/CMAJ : Journal de l'Association médicale canadienne / Canadian Medical Association Journal*
- OMA : Ontario Medical Association
- TCMP : Trans-Canadian Medical Plans
- TCMS : Trans-Canada Medical Services
- UMC : Union Médicale du Canada*

INTRODUCTION

Ce mémoire met en lumière l'évolution des stratégies associatives des différentes associations médicales au Québec au moment de la mise en place des grandes mesures providentialistes au Canada et au Québec. Notre objectif général est de comprendre comment l'essor des premières politiques providentialistes en santé transforme les stratégies des associations et donc l'écosystème associatif des médecins québécois, et comment cette évolution est alors influencée par la dualité nationale canadienne. Notre premier objectif spécifique est de déterminer la réaction et le positionnement des associations de médecins face aux initiatives providentialistes des gouvernements entre 1942 et 1969. Notre second objectif spécifique est d'analyser les visions et les stratégies des différentes associations sur la place des médecins québécois dans l'écosystème médical canadien, dans le nouveau contexte créé par les politiques providentialistes. Notre troisième objectif spécifique est d'évaluer le rôle de la dualité nationale et linguistique dans ces stratégies associatives. Les réponses à ces questions amélioreront notre connaissance de l'histoire politique des médecins, mais aussi des transformations plus globales de la société civile québécoise et canadienne à l'ère des premières politiques providentialistes.

Pour ce faire, nous avons analysé les discours véhiculés par deux associations par le biais de leurs journaux respectifs. Le *Canadian Medical Association Journal* fournit le point de vue d'une association dominée par des médecins anglophones aux vues pancanadiennes, tandis que l'*Union médicale du Canada* témoigne des efforts de leaders associatifs franco-qubécois. Notre recherche montre que les politiques providentialistes obligent les associations à améliorer leur représentativité pour servir d'interlocuteurs légitimes face aux différents gouvernements. Cette recherche de représentativité stimule la concurrence entre les associations. Notre recherche montre aussi que les associations modifient leurs stratégies selon que les principaux lieux de décision se déplacent entre le palier fédéral et le palier provincial, ce qui arrive régulièrement entre 1942 et 1969. Finalement, notre recherche montre comment la dualité nationale et linguistique propre au Canada influence les stratégies des associations et les résultats de leurs efforts politiques.

CHAPITRE 1

HISTORIOGRAPHIE ET MÉTHODOLOGIE

Ce mémoire explore la relation que des associations médicales du Québec cherchent à tisser avec l’État fédéral canadien et l’État québécois durant la période où s’installe le providentialisme au Canada et, un peu plus tardivement, au Québec. À partir de 1942, avec la formation du comité Heagerty, les gouvernements fédéraux et provinciaux imaginent, plus concrètement qu’avant, diverses initiatives providentialistes dans le domaine de la santé. Ce cycle politique, caractérisé par la formulation de divers plans d’assurance publique, se clôt avec l’adhésion des provinces au programme fédéral d’assurance-maladie, auquel le Québec précise son adhésion en adoptant la *Loi sur la Régie de l’assurance-maladie* en 1969. En investissant le secteur de la santé, l’État sollicite la participation des associations de la société civile de ce secteur. Ce faisant, il modifie les règles du jeu et transforme ces associations en acteurs politiques plus affirmés. Pour les professionnels de la santé, notamment les médecins, cette redéfinition de leur rapport à l’État prend la forme d’une politisation accrue qui s’exprime par le biais de leurs associations et de leurs journaux. Les associations médicales, au contact du providentialisme, sont amenées à devenir des défenseurs plus actifs des intérêts particuliers des médecins. Pour ce faire, elles doivent aussi cultiver un plus grand souci de représentativité qui assure leur légitimité face aux États. Au Québec, ce processus de politisation et de quête de représentativité est d’autant plus visible qu’il est mis en relief par les tensions linguistiques et nationales à l’intérieur même de la communauté médicale. Étudier la politisation de ces acteurs non étatiques au contact du providentialisme nous semble une avenue prometteuse pour aborder l’histoire politique du réseau de santé au Québec dans une perspective renouvelée.

Ainsi, ce mémoire veut situer l’histoire des politiques de la santé au Québec dans le contexte plus large des transformations de la société civile et de l’évolution des relations entre l’État et les acteurs non-étatiques qui accompagnent la mise en place de l’État-providence de 1940 à 1970. L’histoire du réseau de la santé au Canada au 20^e siècle est

un champ bien établi, mature et dynamique, comme l'atteste la variété des approches et des objets de recherche interrogés, qui répond à un intérêt croissant pour la santé dans l'espace public actuel depuis une vingtaine d'années¹. Il semble d'ailleurs que, dans les années 2020, nous assistons à une politisation accrue des enjeux de santé. Les assurances publiques et la relation entre l'État et les médecins occupent le débat public. Aux États-Unis, le débat sur le « Medicare for all » est à l'avant-scène depuis 2008 et a été un enjeu important durant l'investiture démocrate en 2020. Au Québec, les réformes de 2015 ont entraîné des débats politiques houleux sur la rémunération des médecins et le contrôle que devrait exercer l'État sur leur travail. Dans ce contexte, les médecins et les associations qui véhiculent leurs griefs se révèlent des acteurs clés de l'histoire politique de la santé.

1. POUR UNE HISTOIRE POLITIQUE « RENOUVELÉE » DE L'ASSURANCE-SANTÉ AU CANADA

Pour ces raisons, plusieurs historiens font valoir l'importance d'un renouveau de l'histoire politique de la santé afin de mieux informer ces débats. Au Canada, Gregory Marchildon est la figure de proue de cet intérêt pour un renouveau de l'histoire politique de la santé².

À l'échelle canadienne, l'essentiel des mesures providentialistes en santé est englobé sous le nom de « Medicare », qui désigne la couverture universelle et étendue prévue par l'assurance-maladie, ainsi que les dispositifs qui l'accompagnent pour réguler l'offre de soins médicaux. Cet ensemble de mesures est, depuis son élaboration progressive de 1942 à 1971, considéré comme l'élément phare du providentialisme canadien. Le Medicare a modifié les rapports entre les États et les acteurs de la santé, dont

¹ Peter Twohig, « Recent writing on health care in Canada », *Scientia canadensis*, vol. 26 (2002), p. 7-28.

² Gregory P. Marchildon, *Making Medicare : new perspectives on the history of medicare in Canada*. Toronto, Institute of Public Administration of Canada, University of Toronto Press, 2012, p. 3.

les médecins, et il paraît pertinent de s'attarder à cette période d'élaboration pour mieux comprendre les éléments du « pacte originel » mis en place durant ces années.

La période couverte mérite d'être circonscrite plus précisément. Bien que la mise en place de l'assurance-maladie ne soit achevée qu'entre 1968 et 1971 (selon les provinces), il nous semble pertinent d'y inclure les premières tentatives de création d'une assurance-santé par Ottawa dès 1942, même si elles ne furent pas couronnées de succès. Notre histoire du « Medicare » prend donc en considération les moments d'idéation et de consultation politique (commissions, comités, rapports), la création des grands programmes fédéraux (« subventions nationales à la santé » de 1948, plans à frais partagés de 1956 et 1966) et leur mise en place au Québec. Ces étapes seront considérées sous l'angle de l'action des associations de médecins et de l'évolution de leurs discours et de leurs stratégies.

L'histoire classique (voire la mythification) de la mise en place du Medicare est bien connue, comme en témoignent les œuvres incontournables de Taylor, Naylor ou Bryden³. Cependant, les tenants d'un renouveau de cette historiographie « mythifiante », dont Marchildon, y décèlent deux grandes lacunes. La première lacune est que cette histoire est souvent présentée de façon *top down*, en insistant uniquement sur le rôle des décideurs politiques. L'histoire des « sept décisions ayant forgé le Medicare » de Taylor témoigne de cette perspective, centrée sur des politiciens comme Tommy Douglas, Lester B. Pearson ou Jean Lesage. C'est aussi le cas de l'ouvrage de Bryden, centré sur le rôle du Parti libéral canadien et les mérites, ou les lacunes, du premier ministre Pearson. On peut dire de même pour l'histoire, pourtant plus récente, de l'assurance-hospitalisation offerte par Ostry⁴. Cette perspective, pertinente, reste cependant peu attentive à la façon

³ Malcolm G. Taylor, *Health Insurance and Canadian Public Policy: The Seven Decisions That Created the Canadian Health Insurance System*, Montreal and Kingston, McGill-Queen's University Press, 1987, 563 p. ; David C. Naylor, *Private practice, public payment: Canadian medicine and the politics of health insurance, 1911-1966*, Kingston, McGill-Queen's University Press, 1986, 324 p. ; Penny Bryden, *Planners and Politicians. Liberal Politics and Social Policy, 1957-1968*, Montréal / Kingston, McGill-Queen's University Press, 1997, 233 p.

⁴ Aleck Ostry, « The Foundations of National Public Hospital Insurance », *Canadian Bulletin of Medical History*, vol. 26, no 2 (2009), p. 261-281.

dont le Medicare implique les acteurs non-étatiques. Nous proposons donc, pour notre part, une histoire écrite du point de vue des associations médicales, comme celles qu'ont écrites Margaret Andrews ou François Baillargeon sur des périodes ou des provinces différentes des nôtres^{5,6}.

La deuxième lacune de l'historiographie canadienne classique est qu'elle analyse presque exclusivement l'action d'acteurs pancanadiens, comme le gouvernement fédéral ou des associations pancanadiennes. C'est le cas de l'ouvrage de Naylor, qui étudie la relation entre l'Association médicale canadienne (AMC) et le gouvernement fédéral. Cette histoire est peu bavarde sur les associations provinciales ou moins connues, comme l'Association des médecins de langue française du Canada (AMLFC) ou les sections provinciales de l'AMC (un oubli qui minimise les dynamiques internes de l'AMC). De plus, elle n'attribue un rôle actif qu'au palier fédéral, auquel les acteurs provinciaux semblent se contenter de fournir des répliques. Taylor peine ainsi à interpréter la variabilité interprovinciale et traite, par exemple, les particularités du Québec comme une exception purement contingente et de peu de signification pour comprendre la dynamique générale canadienne⁷. Cette histoire tend donc à masquer, aplatis ou marginaliser les variations que connaissent les politiques de santé d'une province à l'autre, alors que les débats dans les provinces ont pourtant de lourdes conséquences sur la mise en œuvre des plans fédéraux.

Afin de combler ces lacunes, Marchildon s'inspire du renouveau actuel de l'histoire politique. Après un déclin relatif au profit de l'histoire sociale, on voit émerger une histoire politique plus fine, qui prend en considération un plus grand nombre d'acteurs, dont l'administration publique et la société civile. Nous souhaitons participer à ce renouveau de l'histoire politique de la santé au Canada en abordant le rôle des acteurs

⁵ Margaret W. Andrews, «The Course of Medical Opinion on State Health Insurance in British Columbia, 1919-1939. *Histoire sociale / Social History*, vol. 16, no 31 (1983), p. 131-143.

⁶ François Baillargeon, « La crise de la médecine libérale et le débat sur les assurances sociales au Québec de 1925 à 1945 à travers les pages du journal *L'Action médicale* », mémoire de maîtrise (histoire), Université du Québec à Montréal, 2009, 135 p.

⁷ Taylor, *Health Insurance and Canadian Public Policy*, p. 379-413.

non étatiques et les particularités provinciales, faisant ainsi converger les propositions de Marchildon avec l'appel de Twohig sur les différenciations régionales⁸. Notre projet s'insère donc dans quatre historiographies liées à l'assurance-santé, soit : l'histoire du providentialisme en général, l'histoire du providentialisme en santé, l'histoire de la société civile, et l'histoire des expériences provinciales du providentialisme.

1.1 L'histoire du providentialisme

Le providentialisme désigne une forme d'intervention des États qui naît dans un contexte historique bien précis. Selon Esping et Ewald, l'État-providence est une étape tardive dans une évolution de la protection sociale qui s'amorce au 19^e siècle, alors que l'économie industrielle moderne détruit les institutions sociales traditionnelles⁹. Avant le providentialisme, le « social » (soutien à la subsistance, au logement, etc.) est un domaine dans lequel l'État ne s'investit qu'en dernier recours et que sous la forme de financements ponctuels destinés à certaines catégories d'individus méritants. En contrepartie, « dans les États-providence, la solidarité sociale n'est plus une affaire de “charité” privée, mais elle devient un “droit” à l'aide publique fondé sur l'idée qu'une société n'est véritablement démocratique que si elle cherche à limiter le nombre de ses exclus¹⁰ ». Une politique « providentialiste » repose donc sur un déplacement des logiques de protection sociale, qui va de la charité vers le droit, de la prévoyance individuelle vers le risque assumé par la collectivité, et d'un soutien catégoriel et résiduel vers des programmes universels.

En Amérique du Nord, c'est à l'occasion de la crise économique des années 1930, qui souligne les lacunes des protections résiduelles et catégorielles, que les idées

⁸ Marchildon, « Making Medicare... », p. 3 ; Twohig, « Recent writing on health care... », p. 7-28.

⁹ Costa Esping-Andersen, « Introduction » et « Les trois économies politiques de l'État-providence », *Les trois mondes de l'État-providence. Essai sur le capitalisme moderne*, Paris, PUF, p. 26 ; François Ewald, *Histoire de l'État-providence : les origines de la solidarité*, Paris, Librairie générale française, 1996, p. 15-18, 19-49.

¹⁰ Lucia Ferretti, *Du « devoir de charité » au « droit à l'aide publique » : la naissance de l'État-providence au Québec*, Montréal, Université de Montréal, 2011, p. 15.

providentialistes se déploient véritablement¹¹. Une politique providentialiste peut prendre différentes formes, selon les modalités privilégiées par l'État. L'historiographie opère différentes distinctions. L'une distingue le modèle beveridgien, basé sur des prestations uniformes financées par l'impôt, et le modèle bismarckien, financé par les cotisations de catégories de travailleurs. Esping-Andersen distingue plutôt selon les façons de dépenser l'argent et il identifie trois modèles, « doté chacun de sa propre logique d'organisation, de stratification et d'intégration sociale¹² » : l'État-providence « libéral » (anglo-saxon), qui prévoit des transferts ou des plans d'assurance basés sur l'évaluation des besoins, et qui peut inspirer autant des programmes universels que des programmes « catégoriels » limités à certains groupes de citoyens ; le modèle corporatiste (France, Allemagne), qui adapte un héritage historique basé sur des ententes sectorielles fondées sur des cotisations ; le modèle social-démocrate (scandinave), qui prévoit des transferts universels de haut niveau qui excluent la marchandisation de l'assurance sociale¹³. Selon ces classifications, le Canada se donne après 1940 un système providentialiste beveridgien et libéral, sous l'influence du penseur britannique J. M. Keynes et de l'héritage historique des institutions de protection sociale déjà existantes¹⁴. Ce modèle laisse beaucoup de place aux arbitrages politiques car il peut prendre plusieurs formes : programmes universels ou catégoriels, plans d'assurance gérés par l'État ou par des acteurs privés, plans obligatoires ou volontaires, frontière entre les services assurés et les autres, etc. Les groupes d'intérêts sont donc incités à essayer d'influencer les décideurs politiques.

1.2 Le providentialisme dans le domaine de la santé

Les choix de politiques providentialistes sont lourds d'effets sur le domaine de la santé, où les enjeux économiques sont élevés. Les politiques adoptées au Canada sont fortement inspirées de l'expérience d'autres pays anglo-saxons et prennent la forme de plans d'assurance, plus ou moins étendus, et financés, en tout ou en partie, par l'État.

¹¹ Gilles Dostaler et Frédéric Hanin, « Keynes et le keynésianisme au Canada et au Québec », *Sociologie et sociétés*, vol. 37, no 2 (2005), p. 153-181 ; Bryden, *Planners and Politicians...*, 233 p.

¹² Esping-Andersen, « Introduction », p. 17.

¹³ Esping-Andersen, « Les trois économies politiques de l'État-providence », p. 43.

¹⁴ Dostaler et Hanin, « Keynes et le keynésianisme... », p. 153-181.

L'Angleterre fait figure de précurseur : des plans ambitieux d'assurance-santé y remontent à la fin du 19^e siècle, tandis que le rapport Beveridge de 1942 inspire la création du National Health Service en 1948, un régime universel d'assurance-santé qui influence l'opinion canadienne – tant les partisans du régime que ses opposants, car plusieurs médecins britanniques hostiles à cette « médecine étatisée » émigrent au Canada¹⁵. Le régime australien établi en 1945, un plan d'assurance catégoriel et volontaire qui laisse beaucoup de place aux assureurs privés, est aussi sérieusement étudié par les politiciens et les médecins canadiens¹⁶.

Comme on l'a dit, le récit canadien habituel insiste sur les initiatives du gouvernement fédéral, tout particulièrement ses grandes enquêtes (Heagerty en 1942-1943, Hall en 1962-1964) et ses principales lois (« subventions nationales à la santé » dès 1948, assurance-hospitalisation de 1956, assurance-maladie de 1966). Au Québec, on ajoute généralement la *Loi des hôpitaux* (1962), l'adhésion du Québec aux plans fédéraux (1961 et 1970) et la commission Castonguay-Nepveu (1966-1972). Le récit québécois se concentre sur les années de la Révolution tranquille car il est souvent présenté comme l'histoire d'un « ratrappage », qui commence par une rapide étatisation de la gestion des hôpitaux suivi d'une réforme plus en profondeur du réseau de la santé¹⁷.

Cette histoire a été enrichie par une analyse de la domination des régimes d'assurance privés qui dominent le marché durant l'époque duplessiste, qui explique en partie le « retard » économique des hôpitaux québécois avant 1961¹⁸. Le rôle joué après

¹⁵ Ostry, « The Foundations of National Public... », p. 261-281 ; Dostaler et Hanin, « Keynes et le keynésianisme... », p. 153-181 ; Benoît Gaumer, *Le système de santé et de services sociaux du Québec: une histoire récente et tourmentée, 1921-2006*. Presses de l'Université Laval, 2008, p. 51-52, 61-62

¹⁶ Naylor, « Private practice, public payment », p. 224.

¹⁷ Danielle Juteau et Nicole Laurin, « La sécularisation et l'étatisation du secteur hospitalier au Québec de 1960 à 1966 », Robert Comeau *et al.* (dir.), *Jean Lesage et l'éveil d'une nation. Les débuts de la Révolution tranquille*, Sillery, Presses de l'Université du Québec, 1989, p. 155-167 ; Julien Prud'homme, « De la commission Parent aux réformes de la santé et au Code des professions. Les continuités de la “longue” Révolution tranquille, 1961-1974 », *Recherches sociographiques*, vol. 53, no 1 (2012), p. 83-102 ; François Guérard, « Les populations hospitalisées à l'Hôtel-Dieu de Québec et à l'Hôtel-Dieu Saint-Vallier de Chicoutimi de 1881 à 1942 », *Cahiers québécois de démographie*, vol. 41, no 1 (2012), p. 55-85.

¹⁸ François Guérard et Yvan Rousseau, « Le marché de la maladie. Soins hospitaliers et assurances au Québec, 1939-1961 », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, vol. 59, no 3 (2006), p. 293-329.

1960 par des phénomènes liés au providentialisme, comme la bureaucratisation et la technocratisation de l'administration publique, a aussi été évoqué par Gow et par Ferretti, selon qui « la bureaucratisation de l'État rend celui-ci capable d'une meilleure emprise sur la société civile, et constitue un autre facteur favorable à l'épanouissement de l'État-providence¹⁹ ». Ces interactions entre l'État et la société civile liée à la santé, surtout avant 1960, restent toutefois mal connue.

1.3 Le providentialisme et la société civile

Le passage au providentialisme remodelle les relations entre l'État et les acteurs non étatiques. Parce qu'il investit beaucoup, l'État veut stabiliser et formaliser ses rapports avec les acteurs non-étatiques les plus pertinents du secteur. De leur côté, ces acteurs non-étatiques veulent légitimer leur statut d'interlocuteurs en se déclarant représentatifs de leur groupe. Selon Martel et Pâquet, on assiste dans les années 1960 à « l'effritement d'une culture politique de l'informel et de l'accommodelement²⁰ », à mesure que plusieurs pratiques d'influence deviennent publiques et que leur légitimité repose sur la masse des adhérents à un groupe, qu'il s'agisse d'un parti politique ou d'un groupe d'intérêt. Un nouvel espace public « se manifeste avec la participation de masse, avec le renouvellement des partis politiques [...], la démocratisation des institutions associatives et syndicales, ainsi que la mise en place de nouvelles instances de consultation [;] une nouvelle culture politique modifie désormais les rapports sociaux sous le joug des normes formelles²¹ ». Comme l'a montré Guérard, c'est le cas dès les années 1940 chez les associations d'hôpitaux qui, dans un contexte d'intensification des échanges avec les gouvernements, aspirent à une représentation plus structurée²². Ainsi, au Québec comme ailleurs, les politiques providentialistes inspirent de nouvelles formes d'identités politiques et de

¹⁹ Ferretti, *Du « devoir de charité »...*, p. 15 ; James I. Gow, *Histoire de l'administration publique québécoise, 1867-1970*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 1986, p. 364.

²⁰ Marcel Martel et Martin Pâquet, « L'enjeu linguistique au Québec. Relations de domination et prise de parole citoyenne depuis les années 1960 », *Vingtième Siècle. Revue d'histoire*, vol. 129 (janvier 2016), p. 78.

²¹ *Ibid.*

²² François Guérard, « Les associations d'hôpitaux au Québec, 1926-1966 », Stéphane Savard et Jérôme Boivin (dir.), *De la représentation à la manifestation : groupes de pression et enjeux politiques au Québec, 19^e-20^e siècles*, Québec, Septentrion, 2014, p. 136-164.

revendications de la part d'acteurs non étatiques, qui adopteront d'ailleurs des formes différentes lors de la transition au néolibéralisme dans les années 1990²³.

L'histoire québécoise de cette expérience du providentialisme par des acteurs non étatiques dans le secteur de la santé est déjà entreprise²⁴. Dans son étude sur l'histoire des associations de parents d'enfants présentant une déficience intellectuelle, Lucia Ferretti a montré que la politisation des groupes de pression peut être influencée par le contexte de dualité nationale propre au Québec, comme en témoignent les luttes internes entre les associations francophones et anglophones qui cherchent à légitimer auprès de l'État des positions divergentes²⁵. Nous voulons montrer dans ce mémoire que le mélange entre la dualité nationale canadienne et les politiques du Medicare a des effets similaires sur les associations de médecins dès 1940.

1.4 Le nationalisme et l'expérience québécoise de la variabilité provinciale

L'histoire du providentialisme au Canada est aussi l'histoire d'une centralisation de la fédération canadienne. Elle est donc un chapitre important de l'histoire des relations entre le fédéral et les provinces. Dans plusieurs récits sur le Medicare, le Québec est présenté comme un cas à part, que ce soit à cause des freins mis par le gouvernement Duplessis ou de la virulence de la grève des médecins spécialistes en 1970. Pour plusieurs, dont Taylor, c'est le nationalisme et la dualité linguistique qui expliquent la trajectoire particulière du Québec, qui serait une espèce d'anomalie dans le paysage canadien. Il est

²³ Miriam C. Smith. *A civil society? Collective actors in Canadian political life*. Toronto. University of Toronto Press, 2009, 224 p. ; Deena White. « Interest representation and organisation in civil society: Ontario and Quebec compared », *British Journal of Canadian Studies*, vol. 25, no 2 (2012), p. 199-229.

²⁴ Jérôme Boivin, « ‘À la défense des diabétiques !’ Diabète Québec comme groupe de pression, 1960-2000 », Boivin et Savard (dir.), *De la représentation à la manifestation*, p. 194-212 ; Julien Prud'homme, *Professions à part entière : histoire des ergothérapeutes, orthophonistes, physiothérapeutes, psychologues et travailleuses sociales au Québec*. Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 2011, 223 p.

²⁵ Lucia Ferretti, « Quand des parents se constituent en lobby : déficience intellectuelle et concurrence Ottawa/Québec à l'époque de l'État-providence, 1958-1985 ». *Bulletin d'histoire politique*, vol. 24, no 2 (février 2016), p. 137-162. Ces questions sont aussi abordées dans : Julien Prud'homme et Antoine Rossignol, « From healthcare policy to professional politics : Medicare and allied health professionals in Quebec, 1960-1990 », Esyllt Jones, James Hanley et Delia Gavrus (dir.), *The History of Canadian Medicare*, Winnipeg, University of Manitoba Press, (2021) sous presse.

d'ailleurs vrai que l'influence des nationalismes québécois et canadien sur les négociations Ottawa-Québec en santé, ou sur d'autres politiques providentialistes, a été bien démontrée, surtout pour les années 1960²⁶.

Cependant, Gregory Marchildon, dans sa proposition d'une histoire renouvelée du Medicare, propose une interprétation un peu différente, ou complémentaire : il estime qu'il existe une forte variabilité entre toutes les provinces et que l'histoire fine des événements de chaque province est donc nécessaire pour comprendre la mise en œuvre des politiques de santé à l'échelle canadienne. Sans étudier le Québec, il utilise les cas du Nouveau-Brunswick, de la Colombie-Britannique et de la Saskatchewan pour montrer l'influence des héritages historiques et des événements politiques locaux sur la chronologie et la forme de l'assurance-maladie²⁷. Kealey et Molyneaux font de même pour le cas de la Nouvelle-Écosse²⁸. Ces études de cas montrent que l'expérience particulière du Québec est une lunette importante pour comprendre la mise en place des programmes de santé, mais que cela n'en fait pas une bizarrerie qui isolerait le Québec par rapport à un parcours « normal » des autres provinces. Notre but n'est donc pas de chercher une explication au particularisme québécois, mais plutôt de comprendre dans quelle situation le providentialisme canadien a mis les associations médicales québécoises.

²⁶ Yves Vaillancourt, « René Lévesque et les politiques sociales dans les années 60 », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 4, no 1 (1991), p. 153-166 ; Daniel Béland et André Lecours, « Le Canada : nationalisme, fédéralisme et protection sociale », *Nationalisme et protection sociale*, Ottawa, Presses de l'Université d'Ottawa, 2012, p. 55-108.

²⁷ Gregory P. Marchildon, « Making Medicare ... », p. 3 ; « The three dimensions of universal Medicare in Canada », *Canadian Public Administration*, vol. 57, no 3 (2014), p. 362-382 ; « Douglas versus Manning: the ideological battle over Medicare in postwar Canada », *Journal of Canadian Studies*, vol. 50, no 1 (2016), p. 129-149 ; Gregory Marchildon et Klaartje Schrijvers, « Physician Resistance and the Forging of Public Healthcare: A Comparative Analysis of the Doctors' Strikes in Canada and Belgium in the 1960s ». *Medical History*, vol. 55, no 2 (2011), p. 203-222.

²⁸ Linda Kealey et Heather Molyneaux, « On the Road to Medicare: Newfoundland in the 1960s ». *Journal of Canadian Studies*, vol. 41, no 3 (2007), p. 90-111.

2. LA MÉTHODOLOGIE ET LES QUESTIONS DE RECHERCHE

Ce mémoire analyse l'action politique et les stratégies associatives variées des médecins québécois face aux politiques providentialistes des États canadien et québécois dans le secteur de la santé. Pour ce faire, nous analyserons le discours véhiculé par deux associations de médecins dans leurs journaux associatifs. Nous prêterons une attention particulière au poids éventuel de la dualité nationale sur le discours et sur les stratégies des associations.

Nous aurons recours à des méthodes d'analyse de discours. L'analyse de discours se distingue de l'analyse de contenu. Même si elle tend à s'atténuer, cette distinction nous paraît utile pour orienter notre méthodologie. L'analyse de discours se distingue de l'analyse de contenu du fait que, en plus de vouloir reconstituer la logique interne du texte et son évolution, elle cherche surtout à associer cette logique et cette évolution à un contexte : comme l'écrit Krieg-Planque, l'analyse de discours veut « interpréter différentes intrications entre un texte et un lieu social²⁹ ». Cette démarche est pertinente pour répondre à nos questions, qui cherchent justement à identifier la logique qu'imposent certains contextes, comme le providentialisme, la concurrence entre associations, et l'impact de certaines lois ou enquêtes publiques. Cette analyse de discours n'est pas prescriptive (elle ne vise pas à porter un jugement) et elle ne mesure pas les effets des discours sur ses destinataires³⁰.

Les discours étudiés dans ce mémoire sont des discours « institutionnels », c'est-à-dire des discours produits par les membres d'institutions (les associations médicales). Il s'agit souvent de discours argumentatifs, qui cherchent à convaincre ou à prendre position, et nous tâcherons de voir l'évolution des arguments invoqués. Ces discours contiennent une part d'éléments implicites, soit parce que le destinataire est censé les connaître, soit parce que l'association veut les passer sous silence : nous chercherons donc à connaître le contexte propre de l'association pour saisir les silences et les allusions. Ils comportent une

²⁹ Alice Krieg-Planque, *Analyser les discours institutionnels*. Paris, Armand Colin, 2012, p. 36-38 ; Patrick Charaudeau et Dominique Maingueneau, *Dictionnaire d'analyse du discours*, Paris, Seuil, p. 39.

³⁰ Krieg-Planque, *Analyser les discours institutionnels*, p. 40.

part d'intertextualité ou de dialogue, c'est-à-dire qu'ils réfèrent à d'autres discours (de l'État, d'associations concurrentes, etc.) que nous tenterons d'identifier³¹. Enfin, les discours analysés appartiennent à différents genres et devront être lus dans des buts variés : outre les discours argumentatifs, on trouvera des discours constatatifs ou performatifs qui nous donneront différents types d'information, par exemple des informations factuelles sur le fonctionnement des associations ou des informations lexicales sur l'évolution du vocabulaire jugé pertinent par les acteurs³².

Ces énoncés seront repérés dans un corpus composé de deux revues médicales, chacune étant associée à une association différente. La première revue est le *Canadian Medical Association Journal (CMAJ)*, qui sert d'organe à la fois pour l'AMC et pour ses sections provinciales, dont le chapitre québécois de l'AMC, qui sont des entités distinctes de l'association-mère³³. Dans cette revue, nous analyserons à la fois le discours de l'AMC et celui de sa section québécoise. Le *Journal* est entièrement disponible en ligne³⁴. La seconde revue est l'*Union médicale du Canada (UMC)* qui, durant la période étudiée, joue le rôle d'organe officiel de l'Association des médecins de langue française d'Amérique du Nord (AMLFAN), rebaptisée en 1946 l'Association des médecins de langue française du Canada (AMLFC). L'*UMC* a été consultée en format papier grâce aux soins de la Bibliothèque de l'UQTR, qui a accepté de les laisser sortir du bâtiment pour pallier les effets de la pandémie de coronavirus. Cependant, la collection de l'UQTR ne contient ni l'année 1944 ni l'année 1947. Ce trou dans notre corpus fait partie des limites de notre recherche.

Le dépouillement de ces sources a été effectué à partir d'une grille d'analyse construite en fonction de mes questions de recherche. Cette grille d'analyse peut être

³¹ Krieg-Planque, *Analyser les discours institutionnels*, p. 16-17, 32 ; Patrick Charaudeau et Dominique Maingueneau. *Dictionnaire d'analyse du discours*, Paris, Seuil, 2002, p. 187.

³² Delphine François-Philip de Saint-Julien, « Analyse de discours : l'exemple des plans de sauvegarde de l'emploi », *Revue des sciences de gestion*, nos 273-274 (2015), p. 95-105.

³³ Le *Journal* porte un nom uniquement anglophone jusqu'à l'adoption d'un titre bilingue en 1959.

³⁴ Archives du *Journal de l'AMC*, 1911-2021 [En ligne], <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/journals/77/> [consultée le 16 juillet 2021].

consultée à l'annexe 1. Ses quatre colonnes correspondent à mes quatre questions de recherche, elles-mêmes subdivisées en sous-thèmes aux fins du dépouillement.

La colonne 1 permet de recueillir les énoncés par lesquels des acteurs médicaux décrivent ou prennent position sur les politiques de santé du gouvernement fédéral ou d'autres provinces que le Québec. Elle permet de répondre à la question de recherche : « Comment les différentes associations voient-elles et prennent-elles position sur les politiques fédérales ? ». On pourra ainsi comparer les points de vue et les positions de l'AMC, de sa section provinciale ou de l'AMLFC et observer leur évolution durant la période étudiée. La première sous-catégorie (1A) renvoie aux énoncés performatifs, c'est-à-dire les prises de positions, les opinions et les argumentaires d'acteurs face aux initiatives fédérales. La deuxième sous-catégorie (1B) renvoie aux énoncés constatatifs, c'est-à-dire ce qui fait office de description factuelle pour les différents acteurs. Cette catégorie est surtout mobilisée afin de recueillir des informations factuelles sur la façon dont le détail des initiatives fédérales est perçu : les plans d'assurance discutés comportent tellement de détails qu'il est intéressant de voir ceux qui retiennent l'attention des acteurs (par exemple, se préoccupe-t-on surtout de la fixation des tarifs médicaux ou de l'enrôlement des patients ?). La sous-catégorie 1C sert à recueillir les énoncés (performatifs ou constatatifs) sur les politiques d'autres provinces et sera utile pour comprendre la lecture, par les acteurs, de l'actualité médicale canadienne (par exemple, se tient-on au courant des expérimentations de la Saskatchewan ?). La dernière sous-catégorie (1D) sert à recueillir les énoncés (performatifs ou constatatifs) des acteurs sur le providentialisme en général, y compris le providentialisme hors du Canada ou dans un domaine autre que la santé.

La colonne 2 est de même nature que la colonne 1, mais elle sert à recueillir les énoncés relatifs aux politiques du gouvernement du Québec. Elle permet de répondre à la question de recherche : « Comment les différentes associations voient-elles et prennent-elles position sur les politiques québécoises ? ». Mises ensemble, les colonnes 1 et 2 permettront de savoir si les associations médicales étudiées posent des regards semblables ou divergents sur les initiatives fédérales et provinciales en santé, et de voir si ces regards

évoluent dans le temps. Comme on le verra, l'importance relative des scènes politiques fédérale et québécoise évolue tout au long de la période (c'est parfois la scène fédérale qui paraît la plus importante pour les acteurs, et parfois la scène québécoise), avec d'importantes conséquences sur les stratégies des associations.

La colonne 3 permet de recueillir les énoncés par lesquels des acteurs expriment leur vision du monde associatif médical, et tout particulièrement de la place des médecins franco-québécois dans les politiques médicales canadiennes. Elle permet de répondre à la question de recherche : « Quelles sont les visions et les stratégies des différentes associations sur la place des médecins québécois dans l'écosystème des associations médicales canadiennes, dans le contexte créé par les politiques providentialistes ? ». La sous-catégorie 3A sert à recueillir les prises de position (les « énoncés performatifs ») sur ce que devrait être la relation entre les médecins québécois et le leadership médical pancanadien de l'AMC. La sous-catégorie 3B sert à recueillir les énoncés plus factuels (« énoncés constatifs ») qui décrivent cette relation : elle permettra la reconstitution critique des événements qui marquent cette relation et l'évolution de la position des médecins québécois dans la communauté médicale canadienne. La sous-catégorie 3C sert à recueillir les énoncés, performatifs ou constatatifs, sur l'évolution de l'écosystème associatif québécois, par exemple l'évolution interne des associations étudiées ou leurs relations avec d'autres regroupements québécois comme le Collège des médecins ou la Fédération des sociétés médicales. Finalement, la sous-catégorie 3D sert à recueillir les énoncés, performatifs ou constatatifs, qui évoquent l'existence de clivages à l'intérieur de la communauté médicale québécoise sur d'autres points que le providentialisme ou la dualité nationale, par exemple la question de la spécialisation médicale.

La colonne 4, justement, permet de recueillir les énoncés par lesquels les acteurs décrivent ou prennent position sur la dualité nationale canadienne et ses effets sur les politiques médicales ou l'écosystème associatif des médecins. La sous-catégorie 4A sert à recueillir les énoncés, performatifs ou constatatifs, qui évoquent la dualité constitutionnelle des compétences fédérales et provinciales en ce qui concerne les politiques de santé, peu importe la question nationale. La sous-catégorie 4B sert à

recueillir les énoncés, performatifs ou constatatifs, qui évoquent la dualité nationale ou linguistique canadienne et ses effets, tels que perçus par les acteurs, sur les politiques de santé et l'écosystème associatif médical canadien (par exemple, les médecins francophones sont-ils perçus comme un groupe à part, et comment devraient-ils être abordés ?). Cela inclut des considérations stratégiques sur l'impact de cette dualité sur l'action des associations.

Finalement, la sous-catégorie 4C sert à recueillir le même genre d'énoncé mais sur la place de la dualité nationale dans l'écosystème associatif québécois : par exemple, les acteurs perçoivent-ils une division ethnolinguistique à l'échelle québécoise, et quel en est selon eux l'effet sur la situation politique des médecins ? Tel qu'indiqué plus haut, on verra que l'importance perçue de la dualité nationale et les stratégies qu'elle inspire évolue selon les périodes, et notamment selon que les associations cherchent à agir sur la scène fédérale ou sur la scène provinciale.

3. LE CORPUS DOCUMENTAIRE, LES ASSOCIATIONS ÉTUDIÉES ET LEURS REVUES

Cette grille de dépouillement a été appliquée à un corpus constitué d'articles tirés de deux revues associatives médicales, soit le *Canadian Medical Association Journal* (*JAMC* ou le *Journal*) et l'*Union médicale du Canada* (*UMC*). Ces deux revues comptent surtout des textes à caractère scientifique, mais chaque numéro contient aussi des éditoriaux, des chroniques et d'autres textes à caractère politique ou portant sur diverses facettes de l'activité associative, qui émanent le plus souvent de représentants de leur association respective. Ce sont ces textes qui ont été identifiés et dépouillés. Au total, le mémoire repose sur l'analyse de 773 articles du *Journal* et de 443 articles de l'*UMC*.

Ce corpus témoigne d'une activité associative soutenue de la part de médecins québécois à l'égard des politiques providentialistes des États canadien et québécois entre 1942 et 1969. Constituer un tel corpus vient en soi combler un angle mort de l'historiographie de la médecine au Québec. En effet, le principal historien de la médecine

québécoise au 20^e siècle, Denis Goulet, a souvent suggéré que le militantisme politique des associations médicales est pratiquement inexistant avant le début des années 1960 et l'entrée en scène des fédérations de médecins³⁵. Pourtant, un mémoire de François Baillargeon a déjà suggéré le contraire en montrant le militantisme des médecins réunis autour de la revue l'*Action médicale* durant les années 1920 et 1930. En effet, cette période fragilise la situation économique des médecins, qui cherchent à défendre le marché libéral de la médecine. Au fil des années 1930, l'*Action médicale* et de la Fédération des sociétés médicales de la province de Québec déploient un militantisme axé sur la défense des intérêts des médecins, tout en s'ouvrant progressivement à l'idée d'un apport de l'État sous la forme d'assurances sociales, à condition qu'elles servent l'intérêt médical. Baillargeon montre ainsi l'existence d'une réelle activité associative médicale à visée politico-économique. Il montre aussi que ce militantisme est un sujet de discorde dans l'écosystème associatif québécois, en décrivant les efforts de l'*Action médicale* et de sa figure de proue, le Dr Desrochers, pour noyauter le Collège des médecins et lui donner une posture plus revendicatrice et « syndicale ». Fait intéressant : alors que Desrochers devient finalement président du Collège de 1938 à 1946, l'ouvrage de Denis Goulet sur l'histoire du Collège des médecins passe son règne complètement sous silence, même si on devine que la tentative de réorientation de Desrochers finit par échouer. Le mémoire de Baillargeon ne nous en dit guère plus car, malgré son titre, il n'offre guère d'information sur les politiques associatives des années 1940. Baillargeon nous donne toutefois deux pistes importantes : il montre que, contrairement à ce qu'affirme Goulet, il existe dans la communauté médicale de la fin des années 1930 un intérêt pour une activité associative plus politique, et il montre qu'après le départ de Desrochers en 1938, l'*Action médicale* périclite et que l'écosystème associatif est à redéfinir. Dans notre mémoire, nous proposons de combler ce trou en montrant comment les associations étudiées ici ont en quelque sorte pris le relais de ce militantisme dans les années 1940, avant que l'arrivée des fédérations de médecins ne redéfinisse encore une fois l'écosystème médical québécois dans les années 1960.

³⁵ Denis Goulet, *Histoire du Collège des médecins du Québec, 1847-1997*, Montréal, Collège des médecins du Québec, 1997, p. 105-132 ; « Naissance et développement des groupes de pression dans le domaine médical : des sociétés aux fédérations de médecins, 1961-1991 », Savard et Boivin (dir.), *De la représentation à la manifestation*, p. 165-193.

Voyons maintenant la situation des associations étudiées à l'aube des années 1940. L'Association médicale canadienne est fondée à Montréal en 1867 et son premier président est le futur premier ministre canadien, Charles Tupper. Ceci illustre bien la proximité entre le corps médical et le pouvoir politique. L'Association est une entité en soi, à laquelle se greffent ensuite des associations provinciales autonomes, dont une section québécoise créée en 1923 (AMC-Q). C'est dans les années 1930 que l'AMC se redéfinit officiellement comme une réelle fédération de sections provinciales, une réforme pilotée par T. C. Routley au terme de laquelle sept des neuf sections provinciales, dont la section québécoise, deviennent formellement de « fully fledged divisions of the CMA³⁶ ». Dès 1930, l'AMC se donne un comité économique qui l'aide à formuler des positions sur les assurances santé en 1934, 1937 et 1939, sur lesquelles nous reviendront au prochain chapitre³⁷. Au début des années 1940, l'AMC entretient une relation privilégiée avec les décideurs politiques du Canada anglais, à tous les paliers et de toutes les allégeances, grâce à un réseau étendu de membres bien placés dans les partis politiques et parmi les parlementaires. Par contre, au Québec, la situation linguistique fait en sorte que l'AMC n'occupe pas la place qu'elle désire, puisque la majorité des médecins francophones sont plutôt regroupés dans l'Association des médecins de langue française d'Amérique du Nord (AMLFAN).

L'AMLFAN a été fondée en 1902 afin que les médecins francophones soient « reconnus comme les égaux de leurs confrères de langue anglaise [...] en matière de savoir et de compétence scientifique³⁸ ». Le lien entre l'épanouissement des médecins et la dualité nationale canadienne est donc au cœur de la mission de l'association. Durant les années 1930, l'AMLFAN modernise ses structures : elle se dote d'un conseil général (1930) et d'un conseil exécutif (1932) plus formels, et elle lance, en 1935, le *Bulletin de l'AMLFAN* qui paraît sous forme de fascicule dans les pages de l'*UMC*, avec qui

³⁶ *CMAJ*, vol. 87, no 2 (14 juillet 1962), p. 92.

³⁷ Naylor, *Private practice, public payment*, p. 69.

³⁸ Guy Grenier, *100 ans de médecine francophone : histoire de l'association de médecins de langue française du Canada*. Sainte-Foy, Éditions Multimondes, 2002, p. 2.

l'association fusionne finalement en 1938³⁹. Au début des années 1940, l'AMLFAN prétend avoir un niveau de maturité scientifique analogue à l'AMC et souhaite jouer un rôle politique plus affirmé, même si elle ne jouit pas de la proximité dont jouit l'AMC auprès des décideurs fédéraux.

Les revues analysées sont les véhicules officiels de ces deux associations durant la période étudiée. Le *Canadian Medical Association Journal* a été fondé 1911. Au début des années 1940, l'essentiel des textes est en anglais, hormis quelques traductions de textes clés, notamment des textes touchant à l'ensemble de la profession comme ceux en lien avec les politiques de santé. Il s'agit d'abord d'une revue mensuelle, mais son rythme de publication s'accélère durant la période étudiée, passant à une publication bimensuelle en 1955, puis à une publication hebdomadaire en 1960. Cette évolution est importante car elle correspond, comme on le verra, à la politisation accrue de l'association : alors que ces années voient une grande activité politique de la part du gouvernement canadien dans le domaine des politiques de santé, l'accélération du rythme de publication permet à l'association de réagir plus vite aux développements de l'actualité. La refonte de 1960 ajoute d'ailleurs deux rubriques axées sur les politiques de santé, soit les « News and Views on the Economics of Medicine » et les « News from Parliament » qui servent de correspondant à Ottawa. Tout au long de la période étudiée, le *Journal* comporte une centaine de pages par numéro dont l'essentiel est réservé à des textes à caractère clinique et scientifique.

L'*Union médicale du Canada* a été fondée en 1872 par « sentiment d'amour propre national⁴⁰ » par l'équipe de la Société médicale de Montréal. Tout au long de son existence, elle demeure une publication exclusivement francophone. En 1925, l'*Union* se constitue en société avant de fusionner avec l'AMLFC en 1938⁴¹. Au moment de la fusion, l'AMLFC donne à la revue un objectif à la fois scientifique et national, soit : « un

³⁹ « L'UMC devient l'organe officiel de l'AMLFAN et loge désormais au même siège social », Grenier, « 100 ans de médecine francophone », p. 208.

⁴⁰ Grenier, « 100 ans de médecine francophone », p. 31.

⁴¹ *Ibid.*

enseignement médical de qualité et le rayonnement de la culture médicale québécoise et canadienne de langue française dans les milieux francophones du monde⁴² ». En 1960, l'*UMC* adopte un nouveau format, qui fait passer la disposition des textes en deux colonnes, afin de rivaliser sur le plan de la forme avec les autres grandes revues médicales du pays. Comme le *Journal*, l'*UMC* contient aussi une centaine de pages par numéro dont la grande majorité est consacrée à des articles médicaux. Les citations intégrées au texte le sont dans leur langue de parution originale. Lorsque des citations sont disponibles dans les deux langues, le français a été privilégié pour des fins de fluidité de lecture.

⁴² *Ibid.*, p. 297.

CHAPITRE 2

1942-1955 : DU COMITÉ HEAGERTY AUX *NATIONAL HEALTH GRANTS*, LA PREMIÈRE IMPULSION PROVIDENTIALISTE AU CANADA

1. 1942-1946 : DE LA GUERRE À LA SORTIE DE CRISE : UNE FENÊTRE POLITIQUE INÉDITE

La mise en place des assurances santé publiques au Canada et au Québec est bien connue et documentée. Le récit des grands moments et des acteurs politiques qui ont porté ce projet fait même partie de la culture populaire canadienne, édifiant Tommy Douglas en héros national et faisant du Medicare un symbole de fierté nationale canadienne par excellence. Le contexte politique créé par les crises des années 1930 et 1940 permet de retracer la généalogie du providentialisme canadien et, en ce qui concerne le présent mémoire, de mieux comprendre les motivations et les stratégies d'acteurs associatifs comme l'Association médicale du Canada (AMC). En effet, l'histoire du providentialisme au Canada est souvent présentée comme une réaction des décideurs au contexte créé par la Grande Dépression et la Seconde Guerre mondiale⁴³.

La crise économique des années 1930 crée une pression pour de nouvelles idées en matière de politique sociale. Dans l'Ouest canadien, on assiste à la création d'un parti à tendance socialiste, le CCF, en Saskatchewan en 1932. Bien que ce parti ne soit pas élu avant 1944, sa simple existence modifie le paysage politique du Canada car les autres partis sont forcés d'adapter leur offre politique à cette tendance socialiste. Au Québec, l'une des mesures sociales les plus importantes de l'entre-deux-guerres est la *Loi sur l'assistance publique* de 1921, qui prévoit le partage des coûts d'hospitalisation des malades indigents entre les institutions, les municipalités et le gouvernement provincial. Bien que cette loi ait parfois été célébrée comme étant la première mesure providentielle du Québec, Martin Petitclerc est d'avis qu'elle constituait en fait un

⁴³ Malcolm G. Taylor, *Health Insurance and Canadian Public Policy: The Seven Decisions That Created the Canadian Health Insurance System*, Montreal and Kingston, McGill-Queen's University Press, 1987, 563 p. ; David C. Naylor, *Private practice, public payment: Canadian medicine and the politics of health insurance, 1911-1966*, Kingston, McGill-Queen's University Press, 1986, 324 p. ; Benoît Gaumer, *Le système de santé et de services sociaux du Québec : une histoire récente et tourmentée, 1921-2006*. Presses de l'Université Laval, 2008, 282 p.

prolongement de la vision libérale en préservant le rôle d'intermédiaire de la charité privé⁴⁴. Les débats sur les limites de cette loi animent la scène politique québécoise des années 1930, notamment les travaux de la commission Montpetit qui dépose sept rapports de 1930 à 1932 et qui envisage une assurance-santé obligatoire pour les travailleurs.

Les conditions socio-économiques de l'entre-deux-guerres mettent donc en évidence la nécessité d'envisager de nouvelles formes d'interventions étatiques pour faire face au « problème social ». Durant la crise, ces idées trouvent écho chez un groupe social dont la proximité avec la classe politique est déjà connue, soit les professionnels. Ce groupe subit fortement les contrecoups de la crise économique, alors que le salaire des professionnels canadiens baisse de 36 % entre 1928 et 1933⁴⁵. Chez les médecins, cette baisse de revenu vient de ce qu'une plus grande part de la population devient incapable de payer les soins qu'elle reçoit, ce qui se traduit par plus de 50 % d'actes non payés en 1932⁴⁶. L'AMC réagit à l'appauvrissement des médecins en créant, en 1930, un « comité économique » favorable à la création d'une assurance-santé publique⁴⁷. En 1934, ce comité adopte 17 principes pour le « development and implementation of state health insurance⁴⁸ ». Cette proposition est en rupture avec la position traditionnelle de la profession médicale qui a toujours refusé la présence d'un tiers qui s'interposerait entre le médecin et le patient. Le plan proposé n'est toutefois pas « providentialiste » au sens universaliste du terme : il prévoit le financement étatique uniquement des soins aux indigents, en exigeant une contribution minimale de la part du patient, un plafond d'exclusion basé sur le revenu annuel du patient et le maintien du *sliding scale*, une pratique selon laquelle le médecin ajuste les frais des soins prodiguées selon la capacité

⁴⁴ Lucia Ferretti, *Du « devoir de charité » au « droit à l'aide publique » : la naissance de l'État-providence au Québec*, Montréal, Université de Montréal, 2011, 39 p. ; Martin Petitclerc, « À propos de ‘ceux qui sont en dehors de la société’. L’indigent et l’assistance publique au Québec dans la première moitié du XXe siècle », *Revue d’histoire de l’Amérique française*, vol. 65, no 2-3 (automne 2011-hiver 2012), p. 227-256.

⁴⁵ Dan Gallacher, *Making Medicare : The history of health care in Canada, 1914-2007* [En ligne], <https://www.historymuseum.ca/cmc/exhibitions/hist/medicare/medic-2h01e.html> (Page consultée le 12 juillet 2021).

⁴⁶ Naylor, *Private practice, public payment*, p. 59 ; Robert Bothwell et John English, « Pragmatic Physicians. Canadian Medicine and Health Care Insurance », S.E.D. Shortt (dir.), *Medicine in Canadian Society*, Montréal, McGill-Queen’s University Press, 1981, p. 482.

⁴⁷ Naylor, *Private practice, public payment*, p. 68.

⁴⁸ *Ibid.*

du patient à payer⁴⁹. Cette formule représente pour la profession le meilleur des deux mondes, c'est-à-dire qu'elle promet de sécuriser leur rémunération sans réduire leur autonomie de pratique ou leur capacité à négocier les prix sur le marché des clients plus nantis. Une telle assurance d'État avait déjà été soutenue par les médecins de la Colombie-Britannique dans les années 1920⁵⁰, aussi pour des motifs financiers.

La Deuxième Guerre mondiale change la donne politique de deux façons. D'un côté, elle raffermit la volonté du gouvernement fédéral d'intervenir dans le domaine social, bien que celui-ci soit de compétence provinciale. Ottawa avait déjà créé un premier programme de prestations sociales en introduisant les pensions de vieillesse en 1927 et il était fortement invité à continuer dans cette voie par les recommandations providentialistes de la commission Rowell-Sirois (1937-1940). En juillet 1940, une entente conclue avec les provinces permet d'amender la constitution afin d'instaurer un programme fédéral d'assurance-chômage ; en 1941-1942, à la recommandation du rapport Rowell-Sirois, le fédéral obtient des provinces « la dévolution des fonctions et des pouvoirs d'imposition⁵¹ ». Dans cette veine, Ian Mackenzie, le nouveau ministre des Pensions et de la Santé nationale, lance à l'été 1941 un comité de travail sur la reconstruction d'après-guerre. Ce comité dépose en mars 1943 le rapport Marsh, qui s'inscrit clairement dans une perspective providentialiste et qui propose des mesures d'envergure comme les allocations familiales universelles, créées en 1944-1945. Ces projets keynésiens permettent à Ottawa d'espérer maintenir son interventionnisme et sa mainmise fiscale au-delà de la fin de la guerre. Ils tirent aussi profit d'une conjoncture économique favorable, car la guerre a permis le retour de la prospérité économique.

D'autre part, paradoxalement, ce retour à la prospérité pousse les médecins à reconsiderer leur bref appui à l'implication de l'État dans la couverture des frais médicaux.

⁴⁹ Dan Gallacher, *Making Medicare : The history of health care in Canada, 1914-2007* [En ligne], <https://www.historymuseum.ca/cmc/exhibitions/hist/medicare/medic-2k04e.html> (Page consultée le 12 juillet 2021).

⁵⁰ Margaret W. Andrews, « The Course of Medical Opinion on State Health Insurance in British Columbia, 1919-1939 », *Histoire sociale / Social history*, vol. 16, no 31 (mai 1983), p. 131-143.

⁵¹ Denis Monière, « Cinquante ans de débats sur le déséquilibre fiscal : 1956-2006 », *Bulletin d'histoire politique*, vol. 16, no 1 (automne 2007), p. 8.

En gros, les médecins n'ont plus besoin d'aide de l'État et l'AMC et ses sections provinciales redeviennent méfiantes face aux projets fédéraux. Les dirigeants de l'AMC jugent toutefois probable la création d'un programme public d'assurance-santé, sous une forme ou une autre, et ils souhaitent influencer les décisions fédérales. Durant l'été 1941, le ministre Mackenzie et son conseiller J. Heagerty jettent en effet les bases d'un autre comité de travail consacré à l'assurance-santé. L'AMC participe aux discussions préliminaires et obtient, en septembre 1941, la création d'un comité spécial composé de sept délégués de l'association, appelé le Groupe des Sept, pour servir d'interlocuteur privilégié avec l'État sur ce dossier⁵². Le Groupe des Sept aura une influence considérable sur les travaux du groupe de fonctionnaires qui devient finalement, en février 1942, le « Comité consultatif sur l'assurance-santé », ou comité Heagerty.

Les travaux du comité Heagerty se font conjointement avec ceux du comité Marsh sur la reconstruction. Le Comité des Sept de l'AMC agit en tant que porte-parole de la profession médicale canadienne et conseille de près le comité. Au moment du dépôt du rapport Heagerty, en mars 1943, l'AMC a réussi à orienter les travaux de la commission et se déclare donc favorable à la formule d'assurance-santé qui y est proposée⁵³. En gros, le rapport Heagerty recommande la création de subventions fédérales aux provinces pour financer un plan d'assurance-santé, conditionnelles au respect de certaines règles et régi à l'échelle des provinces. Pour satisfaire les médecins, le plan ne serait pas obligatoire et se destinerait surtout aux indigents, il permettrait des formules de rémunération souples (dont le « sliding scale ») à négocier entre les associations médicales et les provinces, et il prévoit la présence majoritaire de médecins sur le « National Council of Health Insurance » censé superviser le tout⁵⁴.

Au Québec, les ambitions providentialistes du fédéral sont suivies de près car elles ont des répercussions sur la scène politique provinciale et la relation Ottawa-Québec. Cette relation évolue en deux temps. De 1941 à l'été 1943, on assiste d'abord à une phase de coopération entre le fédéral et le gouvernement québécois d'Adélard Godbout. En

⁵² Naylor, *Private practice, public payment*, p. 102-103 ; Gaumer, *Le système de santé...*, p. 58.

⁵³ Naylor, *Private practice, public payment*, p. 111.

⁵⁴ CMAJ, vol. 31, supplément 3 (septembre 1934), p. 59-60.

1941, ce dernier crée la commission Lessard sur l'accès financier aux hôpitaux de Montréal, puis, au vu des travaux du comité Heagerty, il étend le mandat de la commission à toute la province en 1942. La commission Lessard remet en février et en juin 1943 un rapport en deux tomes qui recommande une formule assurance-santé qui serait instituée par les provinces avec l'appui du fédéral, comme le recommande Heagerty⁵⁵. Pour donner suite au rapport Lessard, et dans le contexte créé par les rapports Marsh et Heagerty, Godbout fait adopter en juin 1943 une loi instituant la commission Garneau, qui doit étudier la mise en place d'une assurance-santé.

Le dossier s'enlise toutefois à partir de l'été de 1943. Dès septembre, il devient évident sur la scène fédérale que le projet Heagerty ne verra pas le jour en raison des réticences de divers acteurs politiques. Sous la pression du CCF et des syndicats, le premier ministre Mackenzie King envisage un programme universel dont l'AMC ne veut pas entendre parler⁵⁶. Face à ce cul-de-sac, Ottawa réoriente sa politique sociale et se concentre sur le dossier des allocations familiales. En décembre 1943, Godbout se retire à son tour de ce qui est devenu une cause perdante. Il déroute la commission Garneau en lui demandant plutôt un rapport « intérinaire » sur la protection de l'enfance et les garderies. Ce sera en fait le seul rapport de la commission Garneau, remis en avril 1944. Après l'élection provinciale d'août 1944, le premier ministre Maurice Duplessis manifeste son hostilité envers les commissaires, qui démissionnent en novembre 1944. Du côté fédéral, King, voyant venir l'élection de 1945, met officiellement le projet d'assurance-santé sur la glace. Après sa réélection, une dernière tentative de sauver le projet est finalement rejetée lors des conférences fédérales-provinciales de janvier et mai 1946, les provinces étant moins disposées à accepter des conditions fédérales. Ceci met fin, pour l'instant, à l'ambition d'adopter une assurance-santé selon la formule Heagerty, trop centralisatrice pour les provinces les plus autonomistes et trop universaliste au goût de l'AMC.

⁵⁵ Gaumer, *Le système de santé...*, p. 63-64 ; Mary Anne Farkas, « Navigating a Course between Scylla and Charybdis: Quebec Voluntary Hospitals, the Market and the State, 1940-1960 ». Thèse de doctorat (histoire), Concordia University, 1997, p. 85.

⁵⁶ Naylor, *Private practice, public payment*, p. 120-125.

Ces éléments de contexte sont bien connus. Voyons maintenant en quoi ce premier épisode de la saga des projets providentialistes canadiens d'assurance-santé transforme la façon dont les associations médicales font de la politique, en les obligeant à s'adapter aux exigences de représentativité propres aux politiques de l'État-providence.

1.1 L'AMC de 1942 à 1946 : un manque de racines au Québec

Le souci de l'AMC pour sa représentativité remonte aux premiers balbutiements du comité Heagerty. Comme on l'a vu, l'association parvient à jouer un rôle déterminant dans les travaux du comité grâce à son « Comité des Sept ». Or, si le gouvernement fédéral et le comité Heagerty acceptent d'entretenir avec l'AMC cette relation privilégiée, ils disent cette fois s'attendre à parler à un acteur représentatif de la profession, pour que les médecins acceptent les résultats des travaux. Cet enjeu trouve écho dans les pages du *Canadian Medical Association Journal*. Dès mars 1942, l'AMC annonce la tenue d'un vaste sondage auprès de ses membres. Inédit, ce sondage ne joue pas un réel rôle de consultation car il est ultérieur à la création du Comité des Sept et au début des pourparlers avec le gouvernement fédéral. Il s'agit surtout d'une façon d'avaliser la position défendue par les Sept⁵⁷. Les résultats, qui, accompagnés de quelques ajustements mineurs, correspondent à la position initiale de l'AMC, sont présentés dans le *Journal* en septembre 1942 pour légitimer le rôle de représentants que jouent les dirigeants de l'AMC auprès des autorités fédérales⁵⁸.

En parallèle, en avril 1942, le *Journal* publie une lettre de Heagerty qui veut rassurer la profession sur la mise en place d'une assurance-santé. En marge de cette lettre, le secrétaire général de l'AMC, T. C. Routley, profite de la tribune pour rappeler à ses confrères l'importance de la représentativité de l'association, appelant les membres à soutenir l'inscription de leurs collègues à l'AMC :

And, finally remember this, that, just as surely as day follows night, the time is not far distant when, in high places, these questions will be asked of us: “What is the Canadian Medical Association?”, “Whom do you

⁵⁷ *CMAJ*, vol. 46, no 4 (avril 1942), p. 391.

⁵⁸ *CMAJ*, vol. 47, no 3 (septembre 1942), p. 261 ; vol. 47, no 4 (octobre 1942), p. 367-371.

represent?”, “What percentage of the doctors of Canada are members?” Imagine the strong position we would be in if we could reply, “The Canadian Medical Association represents all the doctors of Canada”⁵⁹.

En juillet 1942, Routley persiste et s'inquiète publiquement des risques de présenter une profession divisée face au gouvernement. Il raconte qu'un ministre du cabinet fédéral lui aurait reproché que : « “The Canadian Medical association doesn't represent the doctors of Canada. I understand only about 50 percent of the profession are enrolled as members.” The day will surely come when our strength as measured by membership will be put to the test⁶⁰ ».

L'attente fédérale de parler à une association représentative devient donc un souci pour l'AMC. Le faible enracinement de l'association au Québec est particulièrement problématique. À l'automne 1943, lors d'une rencontre avec le comité parlementaire qui étudie le projet Heagerty, les prétentions de l'AMC à parler au nom des médecins québécois sont mises à l'épreuve par un député libéral qui souligne que seulement 300 francophones sont inscrits à l'AMC, sur un total de 2 100 médecins francophones au pays. L'AMC a anticipé le reproche et se présente avec des représentants de sa division québécoise dont le Dr Léon Gérin-Lajoie⁶¹, en plus d'avoir en poche des permissions officielles de la Fédération des Sociétés Médicales de la Province de Québec et du Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec qui autorisent l'AMC de parler en leur nom⁶². Cette entente d'un jour sauve la journée, mais elle ne règle pas le problème de représentativité qui accompagne l'AMC tout au long de son implication dans le jeu politique.

⁵⁹ *CMAJ*, vol. 46, no 4 (avril 1942), p. 389.

⁶⁰ *CMAJ*, vol. 47, no 1 (juillet 1942), p. 76.

⁶¹ Membre éminent de l'AMC (président de 1945-1946) et de sa division québécoise, il est le seul francophone à siéger sur le Comité des Sept. Faisant souvent figure du représentant des francophones (« perennial French-speaking representative from Quebec »), son passage au sein de l'AMC et sa mort seront soulignés dans le *Journal*. Il sera aussi brièvement président du conseil d'administration de l'*UMC* en 1951-1952 : *CMAJ*, vol. 46, no 1 (avril 1942), p. 78-86 ; vol. 46, no 4 (avril 1942), p. 389 ; vol. 98, no 24 (juin 1968), p. 1155-1156 ; vol. 82, no 10 (mars 1960), p. 555 ; Guy Grenier, *100 ans de médecine francophone : histoire de l'association de médecins de langue française du Canada*, Sainte-Foy, Éditions Multimondes, 2002, p. 405 (Annexe 4).

⁶² Naylor, *Private practice, public payment*, p. 114-115.

Les dirigeants de l'AMC ressentent le besoin de faire comprendre aux membres l'importance de recruter leurs collègues et d'accroître la représentativité de l'association. Pour cela, ils évoquent souvent les attentes des politiciens. En juin 1942, lors de la réunion annuelle, le « Membership Committee » insiste sur l'importance de la représentativité dans la relation de l'AMC avec le gouvernement fédéral : « Our membership represents only a little over 50 percent of the physicians in Canada. We have suffered from this in that our efforts at Parliament Hill do not carry as much weight if our membership was closer to 100 percent⁶³ ».

Dans un article de juillet 1942, le secrétaire général propose une expérience de pensée pour souligner l'importance de pouvoir s'adresser à l'État en tant que légitime représentant de la profession :

Picture the scene. Your representative is called to the stand. The Chairman asks him three questions : “Whom do you represent ? How many doctors are there in Canada ? How many members of the Canadian Medical Association ?” On hearing the third answer, the members of the Committee relax in their chairs and if they don't all say what the Cabinet Minister said to me, they at least think it⁶⁴.

Toujours en 1942, dans un article soulignant le 75^e anniversaire de l'AMC, le rédacteur du *Journal*, H. Ernest MacDermot établit un lien direct entre la position de l'AMC au sujet de l'assurance-santé et le rapport de force qu'est son effectif : « The association's standpoint in Health Insurance is clear cut, and support of it is unanimous. It needs hardly to be pointed out, however, that there are large numbers of medical men outside of the association, for whom it cannot speak...⁶⁵ ».

Comme tous les membres ne semblent pas convaincus, et que certains semblent même lassés par ces appels répétés, le secrétaire général répète l'argument en décembre 1942 : « We cannot afford to relax in our efforts until every eligible Canadian doctor is a member of the CMA. I hear someone say, ‘Why keep harping away on that 100 % membership song?’ Personally, I offer no apologies [...] [T]he next five years will be the

⁶³ *CMAJ*, vol. 47, no 3 (septembre 1942), p. 11.

⁶⁴ *CMAJ*, vol. 47, no 1 (juillet 1942), p. 75.

⁶⁵ *CMAJ*, vol. 47, no 1 (juillet 1942), p. 71.

most critical in the history of Canadian medicine⁶⁶ ». L'enjeu de la représentativité de l'AMC est d'une telle importance qu'on y conjugue carrément l'avenir de la pratique médicale : « “How many doctors are there in Canada?” “How many are members of the Canadian Medical Association?” On the answers depend in large measure the future practice of medecine in Canada⁶⁷ ».

Même s'il prend une importance nouvelle, ce manque de représentativité n'est pas surprenant, considérant la dynamique interne de l'AMC. En plus de ne pas représenter la totalité des médecins canadiens d'un océan à l'autre, l'AMC peine tout particulièrement à recruter des membres francophones. Comme le souligne le secrétaire général en décembre 1942, « our membership represents 77.3 % of the English speaking medical profession, and 62.5 % of the total medical population of Canada [...] [T]his is not good enough⁶⁸ ».

Conquérir les médecins francophones s'annonce compliqué car le fossé qui sépare les médecins anglophones et francophones est souvent perçu dans les termes d'une dualité « raciale » (« the two races of our great Dominion »)⁶⁹. C'est pourquoi, dès 1942, la direction de l'AMC présente son projet d'unifier et de représenter la profession en l'associant à un projet d'unité nationale canadienne⁷⁰. Le secrétaire général, T.C. Routley dans sa chronique de novembre 1942, qui honore la contribution de Sir Frederick Banting à la médecine canadienne, fait coïncider la vision nationaliste de Banting avec celle de l'AMC :

We all yearn for national unity and understanding, but it will not come unless we seek for it and work for it... How better can we as Canadian doctors and citizens do Honour to Banting than by taking up his challenge for “better understanding and unity between the two races of our great Dominion”⁷¹.

⁶⁶ *CMAJ*, vol. 47, no 6 (décembre 1942), p. 581.

⁶⁷ *CMAJ*, vol. 47, no 1 (juillet 1942), p. 75.

⁶⁸ *CMAJ*, vol. 47, no 6 (décembre 1942), p. 581. L'évolution du taux d'adhésion des médecins canadiens à l'AMC, du 50% annoncé en juin 1942 (*supra* note 62) au 62,5% annoncé en décembre de la même année, traduit bien une hausse rapide, fruit de l'effort de recrutement de l'AMC qui réussit à faire passer son effectif de 4662 membres pour l'année 1941 à 6606 membres à la fin de 1942, *ibid.*

⁶⁹ *CMAJ*, vol. 47, no 5 (novembre 1942), p. 477.

⁷⁰ *Ibid.*

⁷¹ *Ibid.*

Dès janvier 1942, l'AMC lance une campagne de recrutement d'un océan à l'autre. Bien que des comités de recrutement soient établis dans chaque division provinciale, la division québécoise, selon le Dr Gérin-Lajoie, revêt une importance capitale : « Notre association sera véritablement représentative de la profession de la Province si la majorité de nos confrères se joignent à nous⁷² ». Pour prendre le taureau par les cornes, Gérin-Lajoie songe même à fusionner la Fédération des Sociétés médicales à la division québécoise de l'AMC⁷³. Pourtant, ces efforts échouent et, au congrès annuel de juin 1942, le comité de recrutement doit l'admettre : « an attempt has been made to contact and enroll a higher percentage of the French-speaking physicians of Quebec, but with very little success so far⁷⁴ ». L'AMC et sa branche québécoise n'ont guère plus de succès l'année suivante comme en témoigne le fait que, parmi les 720 membres de la division québécoise de l'AMC, seulement 200 sont francophones et ne représentent que 10 % des médecins francophones au Québec. Le Dr Gérin-Lajoie, dont les efforts de recrutement sont salués dans le *Journal*, souligne lors de la réunion de la division québécoise d'octobre 1942, au sujet des médecins francophones du Québec : « nous avons beaucoup à faire avant que nous puissions être considérés comme représentant véritablement la profession médicale de cette province⁷⁵ ». Cette année-là, contrairement à plusieurs provinces, l'effectif de la division québécoise baisse, passant de 652 à 614 membres⁷⁶.

Pourtant, l'AMC doit absolument « trouver un moyen de nous rallier nos collègues de langue française⁷⁷ ». Un de ces « moyens » serait d'assurer une certaine ouverture au français dans les pages du *Journal*. Se pourrait-il, demande Routley, que l'unilinguisme anglais du *Journal* explique le désintérêt des francophones, « who have splendid medical journals published in their own language⁷⁸ » ? En janvier 1942, on annonce la nomination récente du Dr Jean Saucier au Bureau de rédaction du *Journal*⁷⁹. Cette nomination se veut

⁷² *CMAJ*, vol. 46, no 1 (janvier 1942), p. 78.

⁷³ *Ibid.*

⁷⁴ *CMAJ*, vol. 47, no 3 (septembre 1942), p. 11

⁷⁵ *CMAJ*, vol. 48, no 3 (mars 1943), p. 263.

⁷⁶ *CMAJ*, vol. 51, no 2 (septembre 1944), p. 4.

⁷⁷ *CMAJ*, vol. 48, no 3 (mars 1943), p. 263. Le texte paraît en anglais et en français.

⁷⁸ *CMAJ*, vol. 48, no 5 (mai 1943), p. 383.

⁷⁹ *CMAJ*, vol. 46, no 1 (janvier 1942), p. 79.

une action concrète d'ouverture au bilinguisme puisque Saucier signera des articles en français et des nouvelles de la division québécoise. En 1943, un correspondant anglophone félicite le journal pour ce geste, notant néanmoins que le portrait reste sombre et que « the strength of a national medical organization is diminished if there [is a] large number of men who don't feel quite at home in it, but look to some other body as being more sympathetic⁸⁰ ». Il ne s'agit là que de l'une des nombreuses allusions à une autre « entité » concurrente, plus apte à attirer les francophones et qu'on se refuse de mentionner par son nom. Il s'agit bien sûr de l'association de médecins de langue française de l'Amérique du Nord (AMLFAN).

Même si l'AMLFAN ou l'*Union Médicale du Canada* ne sont pas explicitement nommées dans les textes qui témoignent de la quête de représentativité de l'AMC, les deux associations, et leurs journaux respectifs, entretiennent néanmoins certains liens. Les relations peuvent être qualifiées de polies. Chacune semble reconnaître la suprématie de l'autre sur son propre terrain, ce qui favorise par défaut une politique de bonne entente. Par exemple, en 1942, le *Canadian Medical Association Journal* souligne le 70^e anniversaire de l'*Union médicale du Canada*⁸¹. De plus, les activités (rencontres, réunions, congrès) de l'AMLFAN sont régulièrement présentées dans le *Journal*, de même que les propos de son président sur des sujets d'actualité médicale qui n'ont pas un lien direct avec l'assurance-santé. On y montre, par exemple, le président de l'AMLFAN, le Dr Charles Vézina, exposer sa proposition de consacrer un congrès à la médecine préventive et à l'hygiène publique⁸². Malgré ces politesses, pourtant, les appels de l'AMC au recrutement de francophones ne font aucune allusion à une éventuelle coopération avec l'AMLFAN. Cela montre que les dirigeants de l'AMC ne voient pas d'espoir de ce côté et que, pour eux, l'AMC doit de toute façon demeurer la seule entité pouvant parler pour l'ensemble des médecins canadiens. Alors qu'elle réévalue les statuts juridiques de l'association, la direction de l'AMC réaffirme de façon explicite cette vision centralisatrice lors du congrès de 1944 : « It is of extreme importance in the view of your

⁸⁰ *CMAJ*, vol. 49, no 1 (juillet 1943), p. 60.

⁸¹ *CMAJ*, vol. 46, no 3 (mars 1942), p. 274. Il répètera l'exercice pour le 75^e anniversaire : *CMAJ*, vol. 56, no 2 (février 1947), p. 215.

⁸² *CMAJ*, vol. 47, no 6 (décembre 1942), p. 606.

committee that the Canadian medical association should be the central body representing doctors in Canada⁸³ ». Jamais, durant cette période, on ne fait allusion à la position de l'AMLFAN sur l'assurance-santé. Pourtant, comme on le verra, l'AMLFAN s'intéresse fortement à la question et cherche à faire valoir son point de vue auprès des différents gouvernements qui se succèdent à Ottawa et à Québec.

L'AMC, par ses efforts de représentation du corps médical francophone, réussit parfois à se présenter comme un interlocuteur légitime pour les pouvoirs publics. Au printemps 1943, soit après le dépôt du rapport Heagerty, l'AMC sait qu'elle sera invitée à rencontrer le comité parlementaire fédéral qui étudiera le rapport et ses propositions. Forte de cet accès au Parlement, elle forme un comité conjoint qui réunit la Fédération des sociétés médicales de la province du Québec, le Collège des médecins et chirurgiens de la province du Québec et la division québécoise de l'AMC, qui acceptent d'autoriser « the Canadian Medical Association to act as its spokesman in the matter of health insurance⁸⁴ ». Ainsi, sans être nommée, l'AMLFAN se trouve *de facto* évincée des travaux même si elle rassemble la plus grande part de médecins francophones du Canada. La façon dont les choses se sont passées reste nébuleuse et n'apparaît pas dans les sources. Il semble néanmoins qu'il y ait eu conflit et que la volonté de l'AMLFAN de participer aux travaux ait été contrariée. L'historien de l'association, Guy Grenier, qui n'est jamais bavard sur les épisodes de conflit, écrit que « l'AMLFAN a demandé à être représentée lors des discussions sur l'assurance-santé [mais que, à] cause de son nom qui lui donnait un caractère international, elle a été délibérément laissée de côté par le gouvernement d'Ottawa⁸⁵ ». Quelques semaines plus tard, en janvier 1944, l'exécutif de l'AMLFAN manifeste sa frustration et sa volonté de représenter les francophones en adoptant une résolution déplorant que « le nom de l'Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord est un obstacle dans la discussion avec les organismes provinciaux et fédéraux sur les problèmes qui intéressent à bon droit les médecins de langue

⁸³ CMAJ, vol. 51, no 3 (septembre 1944), p. 30.

⁸⁴ CMAJ, vol. 48, no 5 (mai 1943), p. 383.

⁸⁵ Grenier, *100 ans de médecine francophone*, p. 233.

française⁸⁶ ». Mais quel rôle l'AMLFAN veut-elle jouer au début des années 1940 et comment réagit-elle à cette rebuffade ?

1.2 L'AMLFAN de 1942 à 1946 : une association nord-américaine, des enjeux pancanadiens

Dans les années 1940, l'AMLFAN est une association en quête de légitimité. Contrairement à l'AMC, qui cultive depuis longtemps une influence plus ou moins feutrée auprès des gouvernements, tant au fédéral que dans les provinces anglophones, l'AMLFAN se définit plutôt par une affirmation insistant de sa « maturité scientifique » et de ce que cette maturité apporte à la « race » française, une posture qui n'a pas beaucoup changé depuis sa naissance en 1902. Ce discours, qui distingue l'AMLFAN de l'AMC, est encore bien vivant durant l'épisode Heagerty. Par exemple, en septembre 1942, le Dr Roma Amyot affirme que l'association « est maintenant parvenue à un degré de maturité qui l'oblige à rivaliser par l'étendue et la variété de son programme scientifique avec les Congrès des Associations médicales canadiennes et américaines⁸⁷ ». Un mois plus tard, il reprend essentiellement la même formule : « Notre association a atteint un état de maturité qui lui permet de se comparer avec les autres Associations médicales, canadiennes et américaines⁸⁸ ». L'AMLFAN se définit donc par un rapport de concurrence « nationale » avec les autres associations médicales, qui s'exprime surtout sur le plan de la crédibilité scientifique.

Cette « rivalité » est présentée dans l'*Union médicale du Canada* dans une optique plutôt positive, voire même une opportunité : « Rivalité sereine. Rivalité pour le bien. Rivalité bienfaisante... Nous apprendrons d'eux, nous pourrons assimiler ce qu'ils offrent de profitable, ils nous stimuleront à rivaliser⁸⁹ ». Cette saine rivalité se transpose dans les liens informels mais courtois qu'entretiennent alors les deux associations. Le Dr Amyot,

⁸⁶ Procès-verbal du Conseil général du jeudi 25 octobre 1945, cité par Grenier, *100 ans de médecine francophone*, p. 233, note 1.

⁸⁷ *L'Union Médicale du Canada*, vol. 71 (septembre 1942), p. 859.

⁸⁸ *L'Union Médicale du Canada*, vol. 71 (octobre 1942), p. 1025.

⁸⁹ *L'Union Médicale du Canada*, vol. 71 (septembre 1942), p. 859.

en juillet 1945, félicite l'AMC pour son congrès annuel et y souligne la participation de médecins de langue française, dont le président du Congrès, le D^r Gérin-Lajoie :

[G]este très appréciable de bonne entente entre les deux groupes de médecins du Québec. Nous osons espérer que ce geste aura ses suites pratiques, qu'il aidera à une collaboration permanente, agissante et bien veillant entre nos collègues de langue anglaise et nous. Que ces derniers soient assurés que nous ne demandons rien de mieux et que nous n'avions jamais espéré d'autre qu'une estime réciproque⁹⁰.

Comme explicité au chapitre 1, l'AMLFAN se transforme en profondeur dans les années 1930. C'est toutefois après 1940 que l'association franchit le pas et s'attribue un rôle de groupe de pression. L'AMLFAN ne se voit plus seulement comme une rivale scientifique de l'AMC, mais aussi comme une association qui devrait pouvoir jouer un rôle «politique» analogue à celle-ci, en devenant la porte-parole des médecins francophones du Canada sur les politiques publiques et l'organisation de la médecine. En 1942, l'AMLFAN souhaite jouer un rôle égal à celui de l'AMC dans l'effort de guerre et servir d'interlocuteur au gouvernement fédéral en tant qu'association représentative des francophones, «[c]onsidérant que notre association représente un groupe très nombreux et très important, constitué par des Canadiens-français du Canada⁹¹». À l'automne 1942, le secrétaire général et trésorier de l'AMFAN, Donatien Marion, suggère d'inclure un ou deux membres de l'AMLFAN dans le mécanisme qui supervise l'utilisation et le déplacement du personnel médical canadien en zone de guerre. L'AMLFAN se plaint qu'un seul de ses membres siège au comité chargé d'émettre des recommandations sur l'effort de guerre médical, et que le médecin en question y siège en fait en tant que membre de l'AMC (l'adhésion aux deux associations n'étant pas mutuellement exclusive)⁹².

Les travaux du comité Heagerty stimulent la volonté de l'AMLFAN de jouer un rôle dans le débat politique fédéral. Il lui apparaît, en effet, que la voix qu'elle veut faire entendre est différente de celle de l'AMC, puisqu'elle reflète le point de vue nationaliste ou autonomiste des médecins québécois qui dirigent l'AMLFAN. En effet, alors que l'AMC soutient prudemment le plan fédéral avant de s'opposer à un projet plus universel,

⁹⁰ *L'Union Médicale du Canada*, vol. 74 (juillet 1945), p. 882.

⁹¹ *L'Union Médicale du Canada*, vol. 71 (octobre 1942), p. 1047.

⁹² *L'Union Médicale du Canada*, vol. 71 (octobre 1942), p. 1047.

l'AMLFAN s'oppose plutôt au plan canadien au nom de la défense des compétences provinciales. Dans un article paru en juin 1942 dans l'*Union médicale* sur l'assurance-santé, Émile Bouvier insiste sur le fait que l'opposition au projet ne tient pas à son caractère « étatique » mais au fait qu'elle contrevient à l'autonomie des provinces; à cet égard, il affirme que les provinces doivent demeurer autonome et qu'« en particulier la province de Québec doit le rester⁹³ ».

En revanche, pour l'AMC, l'enjeu est bien de ne pas céder le contrôle de la profession à l'État. Ces deux enjeux ne sont pas mutuellement exclusifs, le comité économique de l'AMC recommandant d'ailleurs qu'une éventuelle initiative pancanadienne soit administrée au niveau provincial (ce qui lui semble favoriser une mainmise par la profession et les collèges). Il n'empêche que l'AMLFAN se dit investie du devoir d'offrir aux décideurs un argumentaire plus représentatif de l'état d'esprit de ses membres, francophones et autonomistes.

Alors que la guerre et le comité Heagerty stimulent son souci de représentativité, l'AMLFAN déploie, environ au même moment que l'AMC, des efforts plus soutenus qu'avant pour rallier un maximum de francophones en son sein. En septembre 1942, J.-M. Laframboise, directeur de l'AMLFAN, annonce qu'« il conviendrait que les médecins de langue française de l'Ontario qui ne font pas encore partie de l'Association s'empressent de demander leur adhésion et assistent au Congrès⁹⁴ ». Cette invitation aux confrères franco-ontariens est cohérente avec un nationalisme canadien-français qui ferait de l'AMLFAN la représentante légitime des médecins francophones d'un océan à l'autre, une vision que défend Oscar Mercier lors du 17^e congrès annuel de l'AMLFAN et que relaye Roma Amyot en octobre 1942 : « nous devons travailler pour être les dignes représentants sur cette terre d'Amérique de la Médecine française⁹⁵ ».

⁹³ *L'Union Médicale du Canada*, vol. 71 (juin 1942), p. 599. Le jésuite Émile Bouvier, professeur de relations industrielles et aumônier des associations patronales, est un proche du gouvernement Duplessis, Michel Sarra-Bournet, « Duplessis, Maurice Le Noblet », *Dictionnaire biographique du Canada*, http://www.biographi.ca/en/bio/duplessis_maurice_le_noblet_18F.html (Page consultée le 25 octobre 2021).

⁹⁴ *L'Union Médicale du Canada*, vol. 71 (août 1942), p. 789.

⁹⁵ *L'Union Médicale du Canada*, vol. 71 (octobre 1942), p. 1026.

Malgré ces prétentions, ou à cause d'elles, l'AMLFAN n'est pas dans le coup lorsque, en 1941-1942, l'AMC formalise son Comité des Sept. Au printemps 1942, l'AMLFAN exprime son inquiétude quant à la place du « point de vue des Canadiens-français [sic] » dans la consultation⁹⁶. Le Comité des Sept ne comprend alors qu'un seul francophone, le Dr Gérin-Lajoie de l'AMC. Dans sa lettre ouverte d'avril 1942 à l'ensemble de la profession, publiée à la fois dans l'*AMCJ* et l'*UMC*, Heagerty veut atténuer cette appréhension. Sa publication dans l'*Union médicale* est assortie d'un commentaire en français du Dr Gérin Lajoie, ce qui suggère une volonté de l'AMC de calmer elle aussi les inquiétudes canadiennes-françaises... même si ce commentaire signé par une figure francophone n'est en fait qu'une traduction du commentaire de T.C. Routley paru originellement en anglais dans le *Canadian Medical Association Journal*⁹⁷.

Il n'en demeure pas moins que l'AMLFAN est absente des échanges entre la profession et le gouvernement fédéral. Elle s'y est pourtant employée et a créé en 1943 un « Comité d'économie médicale » pour présenter un mémoire devant les responsables fédéraux. Ulcérée d'être écartée de la commission parlementaire de l'automne 1943 en raison du mauvais prétexte qu'est son nom, la direction de l'association s'engage dans une démarche pour se rebaptiser et adopter un nom « canadien ». Le comité de direction adopte en janvier 1944 une résolution en ce sens, qui prend toutefois quelques années à se traduire dans les faits⁹⁸. Lors du congrès de 1946 qui entérine finalement la modification, ce changement de nom paraît « nécessaire » à Roma Amyot pour « place[r] définitivement notre organisme sur le plan national », « dans le but de lui adjuger une valeur représentative auprès des pouvoirs publics, ce qu'il n'avait pas auparavant⁹⁹ ».

La période 1941-1944, courte mais riche en développements, montre que pour l'AMLFAN, la politique de représentativité reste peu naturelle. Tout au long de l'épisode Heagerty, elle a un coup de retard et le changement de nom censé consacrer le virage « représentatif » de l'association n'est effectif qu'à partir du printemps 1946, voire mars

⁹⁶ *L'Union Médicale du Canada*, vol. 71 (juillet 1942), p. 742.

⁹⁷ *L'Union Médicale du Canada*, vol. 71 (avril 1942) p. 379-381.

⁹⁸ Grenier, *100 ans de médecine francophone*, p. 233.

⁹⁹ *L'Union Médicale du Canada*, vol. 74 (juillet 1946), p. 760.

1947 puisque c'est à ce moment que sont sanctionnées les nouvelles lettres patentes. Or, de l'automne 1943 au printemps 1946, la situation politique a eu le temps de changer. Le retrait du projet Heagerty réduit l'importance des politiques fédérales pour les acteurs de la santé et certains groupes médicaux se reposent rapidement, comme la Fédération des sociétés médicales du Québec qui désavoue son soutien à l'AMC dans ce dossier¹⁰⁰. La scène politique provinciale, par contre, devient un lieu plus important de négociation politique, avec des effets sur les associations et sur leurs stratégies.

2. 1946-1955 : L'ÉCHEC DU PROJET HEAGERTY ET LA VOIE DES NATIONAL HEALTH GRANTS

À la sortie de la Deuxième Guerre mondiale, le contexte nord-américain est moins favorable à des politiques centralisatrices, comme un régime public d'assurance-santé, qui, pour certains, riment avec communisme. Outre la méfiance envers le communisme, on peut parler d'un ressac politique face aux initiatives étatiques et centralisatrices qui avaient été justifiées par la guerre et dont la justification paraît moins nette après 1945. Sur la scène canadienne, le fédéral veut néanmoins conserver la mainmise sur les pouvoirs fiscaux transférés par les provinces durant la guerre et cherche de nouvelles voies pour mettre en œuvre son pouvoir de dépenser.

Au même moment, la spécialisation croissante de la médecine nécessite des équipements spécialisés et dispendieux que seuls les hôpitaux modernes peuvent acquérir. Entre 1951 et 1961, le nombre de médecins spécialistes au Québec passe de 906 à 2 443 tandis que le nombre d'omnipraticiens passe de 3 191 à 3 724¹⁰¹. D'autres facteurs stimulent l'augmentation des dépenses de santé, dont une forte natalité et un public plus informé qui sollicite des soins spécialisés. Tous ces facteurs font en sorte que les dépenses des hôpitaux explosent et que le besoin d'investir dans les infrastructures de santé devient pressant¹⁰². Par ailleurs, ce nouvel écosystème, centré sur l'hôpital et le médecin

¹⁰⁰ *L'Union Médicale du Canada*, vol. 74 (mai 1946), p. 559-562.

¹⁰¹ Gilles Dussault, « Les médecins du Québec (1940-1970) », *Recherches Sociographiques*, vol. 16, no 1 (1975), p. 73.

¹⁰² Naylor, *Private practice, public payment*, p. 135 ; François Guérard et Yvan Rousseau, « Le marché de la maladie. Soins hospitaliers et assurances au Québec, 1939-1961 », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, vol. 59, no 3 (2006), p. 318.

spécialiste, transforme les politiques internes à la profession médicale en modifiant les rapports entre les médecins spécialistes et « généralistes »¹⁰³. Dans ce nouveau contexte, l'omnipraticien peine à trouver sa place; son accès à l'hôpital est incertain et son rôle, remis en question. Cet enjeu prend une tournure particulière au Québec où il redéfinit les relations entre les différentes associations médicales.

Malgré l'échec du projet Heagerty, le gouvernement fédéral n'abandonne pas ses ambitions de s'impliquer dans le domaine de la santé. L'assurance étant dans l'impasse, ce sont d'autres recommandations du rapport Heagerty qui sont mises de l'avant. En effet, le rapport comportait une proposition, moins controversée, de subventions fédérales aux provinces dans le domaine de la santé, connues sous le nom de *National Health Grants*. Ces *Grants* se déclinent en quatre volets qui affectent le financement : de programmes préexistants de santé publique; de la formation de professionnels; du financement d'enquêtes provinciales sur la santé; de la construction d'hôpitaux et d'autres infrastructures¹⁰⁴. Les besoins logistiques des hôpitaux et la spécialisation médicale offrent à Ottawa une bonne raison de s'engager dans la voie des *Grants* après l'épisode Heagerty. Le principal moteur de cette « offensive » est le nouveau ministre de la Santé, Paul Martin, qui prend les rênes du ministère en décembre 1946. Les intentions de Martin sont connues : procéder par étapes à la mise en place des recommandations d'Heagerty, en commençant par le financement d'infrastructures dont les provinces ont besoin et dans l'espoir de culminer avec l'instauration d'une assurance-santé universelle. En 1948, Martin convainc le premier ministre et son cabinet de mettre en œuvre les programmes de subventions. Paul Martin entre vite en contact avec T. C. Routley, alors secrétaire-général à la fois de l'AMC et de l'Ontario Medical Association¹⁰⁵. Dès mars 1948, des membres influents de l'AMC tiennent des rencontres régulières avec les hauts fonctionnaires du ministère de la Santé fédéral¹⁰⁶.

¹⁰³ Dussault, « Les médecins du Québec... », p. 71-72 ; *L'Union Médicale du Canada*, vol. 83 (octobre 1954), p. 1110.

¹⁰⁴ Gaumer, *Le système de santé...*, p. 81.

¹⁰⁵ Naylor, *Private practice, public payment*, p. 96.

¹⁰⁶ *Ibid.*, p. 152.

Le programme des *Health Grants* est annoncé en mai 1948. La CMA soutient les subventions mais refuse d'y voir le prélude à l'assurance universelle qu'envisage Martin et avec laquelle l'association est en désaccord. Pour éviter une future assurance publique, l'AMC propose comme alternative le développement conjoint de plans privés d'assurance-hospitalisation (comme la Croix bleue) et de plans d'assurance médicale qui seraient parrainés par les sections provinciales de l'AMC¹⁰⁷. Dans un article de mai 1947 sur « *The Role of the Hospital in Medical Economics* », la direction de l'AMC croit que l'investissement public dans les infrastructures hospitalières pourra entraîner un gain monétaire pour la profession, selon le mode de rémunération que les médecins parviendront à négocier : « From the viewpoint of medical economics, the effect upon the medical profession of this increased use of hospitals will depend upon whether the hospital bill is to be paid by the patient or through some central fund¹⁰⁸ ». Faire accepter cette intervention étatique à toute la communauté médicale ne va pas de soi mais, au congrès de juin 1949, l'exécutif de la CMA, au prix d'intenses politiques de couloir, fait adopter la position de l'association ontarienne en faveur du soutien de la profession à des plans d'assurance privés. Le représentant de la division québécoise, le Dr Vance Ward, évoque la divergence qui existe dans la profession au Québec entre un « considerable body of opinion » qui favorise les plans parrainés par la profession et « a large group » qui préfèreraient accepter l'assurance étatique et en influencer la forme¹⁰⁹.

La politique fédérale de subventions aux infrastructures fait glisser une bonne part du débat politique vers le palier provincial, et ce, de deux façons. D'une part, la voie des *Grants* confère un rôle plus actif aux provinces et déplace plusieurs étapes de décision vers l'arène provinciale. D'autre part, cette politique renvoie momentanément aux provinces et aux associations provinciales la discussion sur l'assurance, qui prend ainsi un visage plus hétéroclite à l'échelle canadienne.

Premièrement, les *Grants* laissent plus de latitude aux provinces quant à l'usage des fonds. Les provinces sont donc plus disposées à accepter ces subventions, d'autant

¹⁰⁷ *Ibid*, p. 154.

¹⁰⁸ *CMAJ*, vol. 56, no 5 (mai 1947), p. 559.

¹⁰⁹ Naylor, *Private practice, public payment*, p. 155.

qu'elles ne nécessitent pas de nouvelles ententes ou de réaménagements constitutionnels. De plus, la surchauffe anticipée du système hospitalier rend attrayantes des subventions dans ces infrastructures. Un autre volet intéressant pour les provinces est la subvention d'enquêtes publiques en santé, destinées à évaluer les besoins de chaque province afin de dépenser plus efficacement ces subventions. Une telle étude de l'état du système de santé serait la bienvenue au Québec où l'éclatement particulier du système hospitalier, divisé entre laïcs et religieux et entre anglophones et francophones, embrouille la vue d'ensemble. Au Québec, ce glissement du débat vers les provinces par le biais des *Grants* fait le jeu de Duplessis. Ce dernier se satisfait d'une situation où il fait mine de résister aux ambitions centralisatrices du fédéral tout en s'attribuant le mérite des mises en chantier rendues possibles par les subventions. Cette disposition favorable aurait permis à Martin d'obtenir l'appui de Duplessis pour aller de l'avant avec les *Grants*¹¹⁰. En ce qui concerne la partie « enquête », Duplessis nomme en octobre 1948 le Dr J. Ernest Sylvestre pour piloter une enquête sur les services de santé au Québec. Même si quatre des 11 membres du comité sont médecins, dont l'ancien rédacteur en chef de l'*Union médicale* Albert Lesage, ni la division québécoise de l'AMC ni l'AMLFC n'y sont représentées officiellement ou n'y déposent de mémoire¹¹¹. Remis en 1951, le rapport Sylvestre n'émet aucune recommandation directe sur l'adoption d'une assurance-hospitalisation¹¹². L'essentiel de ses recommandations « serviront à rendre plus effectives les sommes d'argent mises à la disposition des provinces par le gouvernement fédéral¹¹³ ».

Deuxièmement, la voie empruntée par Ottawa renvoie justement aux provinces et aux associations provinciales le débat sur l'assurance-santé, au moins momentanément. Le débat lancé par le fédéral devient dorénavant une série d'épisodes provinciaux. Les choix politiques dans les différentes provinces varient en effet considérablement selon les contextes sanitaires, les gouvernements et les préférences des associations médicales. La Saskatchewan (1947) et la Colombie-Britannique (1949) adoptent des assurances-hospitalisation publiques tandis que les gouvernements de l'Alberta et de Terre-Neuve

¹¹⁰ Gaumer, *Le système de santé...,* p. 84.

¹¹¹ *CMAJ*, vol. 61, no 3 (septembre 1949), p. 221.

¹¹² *CMAJ*, vol. 67, no 4 (octobre 1952), p. 390.

¹¹³ Gaumer, *Le système de santé...,* p. 85.

paient certains services locaux de base. À l'échelle canadienne, il reste que la plus grande part du marché des services hospitaliers et médicaux va aux mains de plans privés cogérés par les associations médicales, sauf au Québec, et d'assureurs privés comme la Croix bleue¹¹⁴.

L'AMC comprend que le fédéral n'a pas dit son dernier mot et que, dans l'esprit de Martin, les *Grants* sont un préalable à l'assurance-hospitalisation publique, dont la Saskatchewan donne vite l'exemple. Dès 1947, l'AMC voit les plans d'assurance privés, particulièrement ceux cogérés par la profession, comme un bon moyen d'empêcher ou de retarder cette initiative du fédéral. La direction de l'association souhaite ainsi encourager et fédérer ces régimes cogérés par les associations médicales : « We require a corporation which can function all over Canada and which could not be disregarded by any government. We must at all costs retain our professional freedom and in so doing, these voluntary agencies will form an important factor¹¹⁵ ». En juin 1947, l'AMC réunit les dirigeants des plus importants de ces plans « sponsorisés » par les associations médicales, et les leaders médicaux proposent d'uniformiser les différentes offres d'assurance privée à l'échelle pancanadienne¹¹⁶. Une charte fédérale est proposée pour surmonter les difficultés : « It might be possible to overcome these difficulties by setting up a Dominion organization which would act as a collecting and distributing body for each provincial group¹¹⁷ ». En juin 1951, l'AMC annonce la création d'un tel organisme, la Trans-Canada Medical Services (TCMS) qui devient « the national correlating agency of all prepaid medical care plans in Canada sponsored or approved by the Canadian Medical Association¹¹⁸ ». En juin 1953, l'AMC obtient l'adhésion de plans couvrant toutes les provinces. Des particularités politiques locales font toutefois en sorte que deux provinces restent à part : la Saskatchewan et le Québec.

¹¹⁴ Naylor, *Private practice, public payment*, p. 163 ; Guérard et Rousseau, « Le marché de la maladie », p. 302, 306.

¹¹⁵ Naylor, *Private practice, public payment*, p. 158. *CMAJ*, vol. 56, no 5 (mai 1947), p. 558-562 ; vol. 57, no 3 (septembre 1947), p. 300-302.

¹¹⁶ *CMAJ*, vol. 57, no 3 (septembre 1947), p. 293.

¹¹⁷ *Ibid.*

¹¹⁸ *CMAJ*, vol. 72, no 11 (juin 1955), p. 851.

La situation en Saskatchewan inquiète tout particulièrement la profession alors que le gouvernement « socialiste » de Tommy Douglas procède à l'implantation de son propre plan d'assurance-hospitalisation publique. Ce plan, qui couvre les frais hospitaliers, est implanté de façon expérimentale dans la région de Swift Current en juillet 1946 puis étendu graduellement dans la province en 1947¹¹⁹. Malgré la persistance de deux plans fédérés du Trans Canadian Medical Plan (TCMP), le plan gouvernemental couvre 810 000 personnes en 1954¹²⁰. S'avérant un franc succès, le plan saskatchewanais fait croire à la profession qu'une assurance-santé complète est imminente. L'AMC et une forte proportion de médecins s'inquiètent des effets d'un tel plan sur la rémunération et l'autonomie des médecins. L'AMC promet un soutien financier à l'AMC-Saskatchewan et au Collège des médecins de la province advenant un conflit judiciaire entre la profession et l'État. De plus, le *Canadian Medical Association Journal* publie plusieurs articles afin de garder les membres au fait des développements de la situation en Saskatchewan¹²¹.

Au Québec, Duplessis maintient une stricte opposition au principe d'une assurance-santé pancanadienne et publique. Comme le rapporte le *Journal* en mai 1954, « any national system of mandatory health insurance would be a practical impossibility in the Province of Quebec. He [Duplessis] was, as always, deeply concerned with the maintenance of provincial rights¹²² ». L'opposition à l'assurance publique n'est toutefois pas monolithique. Malgré le silence de l'enquête Sylvestre sur l'assurance, le débat refait surface lors d'une autre enquête, la commission Tremblay. Lors de leurs consultations avec des représentants de la société civile entre 1953 et 1954, les commissaires reçoivent plusieurs mémoires qui traitent de l'assurance-santé. Des groupes syndicaux comme la Confédération des travailleurs catholiques du Canada et la Fédération du travail du Québec, demandent une formule d'assurance impliquant davantage l'État, mais la plupart des intervenants privilégient un soutien accru aux plans privés ou coopératifs¹²³. Cela dit,

¹¹⁹ Dan Gallacher, *Making Medicare : The history of health care in Canada, 1914-2007*, [En ligne], <https://www.historymuseum.ca/cmc/exhibitions/hist/medicare/medic-3g03e.html> (Page consultée le 12 juillet 2021).

¹²⁰ *Ibid.*

¹²¹ *CMAJ*, vol. 58, no 2 (février 1948), p. 195-200 ; vol. 58, no 5 (mai 1948), p. 506-511 ; vol. 62, no 2 (février 1950), p. 194-195.

¹²² *CMAJ*, vol. 65, no 5 (novembre 1951), p. 508.

¹²³ Gaumer, « Le système de santé... », p. 86-88.

un trait saillant des politiques de la santé est l'éclatement persistant de la scène médicale, qui a un effet considérable sur les politiques associatives des différents groupes de médecins impliqués dans le débat sur l'assurance-santé.

2.1 L'AMC de 1946 à 1955 : les chantiers provinciaux de l'AMC

La provincialisation des débats influence les politiques associatives de l'AMC, notamment en ce qui a trait à la quête de représentativité. L'association change ses stratégies de recrutement de membres francophones, améliore le bilinguisme du *Journal* et ouvre ses pages au débat. Elle cherche aussi à se rapprocher des groupes médicaux québécois, notamment afin de trouver des partenaires du Québec pour le TCMP.

L'effort de recrutement des francophones semble mis en sourdine, du moins dans les pages du *Journal*. Après plusieurs appels au ralliement des francophones entre 1942 et 1944, cet objectif disparaît quasiment du journal entre 1944 et 1954¹²⁴. Par contre, les comptes rendus des réunions et des congrès annuels de l'AMC suggèrent que l'effort de recrutement cède la place à une tentative de minimisation des pertes. En 1948-1949, la section québécoise de l'AMC perd 116 membres, la pire de toutes les divisions; de 1951 à 1953, elle chute ensuite de 1 382 « paid members » à 945, un chiffre plus proche de celui de 1946 qui se situait à 801 membres réguliers¹²⁵. Paradoxalement, ce recul de l'effectif francophone survient alors que l'effort pour introduire le bilinguisme dans le *Journal* finit par porter fruit. On observe l'apparition d'articles et d'informations en français ou dans les deux langues sur divers sujets, tout particulièrement l'assurance-santé et les activités du « comité de relations publiques ». Ce comité, qui doit influencer les politiques publiques et l'image des médecins, rend sa chronique bilingue en 1951, en plus de la diffuser aussi dans l'*Union Médicale du Canada*¹²⁶. Par ce chevauchement thématique, la

¹²⁴ Le *Journal* évoque le membership francophone à 10 reprises de 1942 à 1944, puis à seulement deux reprises durant toute la période 1945-1954, puis à 16 reprises de 1955 à 1962.

¹²⁵ Certaines années, ces chiffres sont gonflés par une mesure qui exempte de cotisation les médecins ayant servi durant la guerre : en 1947, l'effectif québécois passe ainsi 801 à 1010 (une hausse de 38 %) et, à partir de 1953, les bénéficiaires de la mesure ne sont plus dénombrés séparément, ce qui empêche d'en mesurer l'impact: *CMAJ*, vol. 57, no 3 (septembre 1947), p. 190; vol. 67, no 3 (septembre 1952), p. 197; vol. 73, no 5 (septembre 1955), p. 331.

¹²⁶ *CMAJ*, vol. 65, no 3 (1951) p. 197.

politisation du journal et l'enjeu de représentativité des médecins francophones sont explicitement liés¹²⁷. En 1953, l'AMC modifie ses lettres patentes pour y ajouter le nom français de l'Association¹²⁸.

Ces changements surviennent alors que la direction de l'AMC ressent moins le besoin d'offrir un front uni au niveau pancanadien. Cela l'amène à desserrer sa prise sur le *Journal* et à y autoriser la tenue de débats, qui mettent plus en relief les divergences au sein de la profession. Néanmoins, le discours de fond du journal s'écarte peu de la position officielle de l'AMC. En 1942-1944, les rares échanges publiés dans le *Journal* mettaient en vedette le président du comité Heagerty pour y défendre sa position¹²⁹. Durant la période 1946-1955, le *Journal* publie plusieurs opinions de lecteurs, dont certaines sur l'assurance-santé qui donnent lieu à des débats assez houleux¹³⁰. En 1950, une correspondance assez musclée oppose un lecteur et le futur historien Malcolm Taylor au sujet des détails d'un éventuel plan d'assurance-santé¹³¹. Dans ces échanges, les opposants à un régime public agitent souvent le spectre du communisme ou du « traumatisme » vécu par les confrères britanniques, dont on reçoit plusieurs témoignages épouvantés¹³². L'unité professionnelle est alors présentée comme un rempart afin d'éviter le sort subi par la profession en Angleterre. Un autre exemple de cette relative ouverture au débat est la publication de l'opinion dissidente de la section québécoise au sujet du TCMP : « the Quebec Division was not in full accord with the aims of the parent body in its decision to apply for a Dominion charter covering prepaid medical care plans¹³³ ».

En effet, c'est le projet du TCMP qui remet à l'ordre du jour le manque de racines de l'AMC au Québec au début des années 1950. Le problème se pose toutefois d'une nouvelle manière car, cette fois, c'est la direction de la division québécoise de l'AMC qui refuse de participer. Après avoir essuyé un nouveau refus en juin 1952, le représentant du

¹²⁷ La rubrique « On call » fait sa première apparition dans *CMAJ*, vol. 64, no 2 (février 1951), p. 160.

¹²⁸ *CMAJ*, vol. 69, no 3 (septembre 1953), p. 225.

¹²⁹ *CMAJ*, vol. 50, no 3 (mars 1944), p. 276 ; vol. 50, no 4 (avril 1944), p. 378-380.

¹³⁰ *CMAJ*, vol. 69, no 4 (octobre 1953), p. 447-448 ; vol. 70, no 1 (janvier 1954), p. 93 ; vol. 75, no 5 (janvier 1956), p. 450.

¹³¹ *CMAJ*, vol. 62, no 4 (avril 1950), p. 393-399, p. 409-410.

¹³² *CMAJ*, vol. 69, no 4 (octobre 1953), p. 447-448 vol. 70, no 1 (janvier 1954), p. 93.

¹³³ *CMAJ*, vol. 62, no 3 (mars 1950), p. 295.

TCMS, Howard Shillington attribue ce blocage aux dirigeants de la division québécoise qu'il qualifie de « vieux spécialistes » anglophones, urbains et universitaires qui ne partagent pas les intérêts économiques du médecin de base¹³⁴. Cette remarque renforce l'impression que l'AMC-Q ne représente qu'une frange de la profession au Québec et que ce manque de représentativité devient un problème.

Le problème ne se réglera pas de sitôt. Au congrès annuel de 1952, un délégué québécois du comité sur le cancer souligne que l'AMC-Q n'a aucune liaison officielle avec les autres groupes médicaux du Québec, dont l'AMLFC¹³⁵. La direction de l'AMC veut remédier à la situation. En janvier 1953, lors d'une rencontre entre des officiers de l'AMC et de l'AMLFC, il est convenu qu'un comité de liaison sera mis sur pied pour faciliter les échanges entre les deux associations. Cet effort est toutefois mis à mal lorsqu'il est suggéré, au congrès annuel de 1954, de consolider les activités des bureaux montréalais et torontois de l'AMC à la faveur d'un seul bureau à Toronto. Certains estiment que la décision nuira aux efforts de recrutement de francophones de la division québécoise¹³⁶, qui est la seule à exprimer une réticence¹³⁷. Cette centralisation est néanmoins présentée comme un fait accompli dans le *Journal* la même année : « The Council made the final decision to consolidate all national activities of the CMA under one roof in Toronto¹³⁸ ».

Face au problème, les représentants du TCMS, ne s'embarrassant pas de loyauté, finissent par contourner le problème et sollicitent l'AMLFC en 1953. Celle-ci répond par la négative, « due in part to language difficulties¹³⁹ » selon Naylor, mais aussi parce qu'elle préfère le plan de la firme québécoise Services de santé du Québec. De plus, le contexte politique fait que l'AMLFC, davantage préoccupée par des enjeux provinciaux que lors de l'épisode Heagerty, se préoccupe moins de trouver des alliés hors-Québec. Faute d'appui des associations médicales, TCMS s'entend finalement avec le plan cogéré

¹³⁴ « Made up principally of oldtime specialists, closely connected with the university and large hospitals and used to receiving private fees somewhat beyond the level of the average physician », cité par Naylor, *Private practice, public payment*, p. 159.

¹³⁵ *CMAJ*, vol. 67, no 3 (septembre 1952), p. 193.

¹³⁶ *CMAJ*, vol. 71, no 3 (septembre 1954), p. 203.

¹³⁷ *Ibid.*

¹³⁸ *CMAJ*, vol. 71, no 1 (juillet 1954), p. 81.

¹³⁹ Naylor, *Private practice, public payment*, p. 159.

par la Croix bleue et l'Association des Hôpitaux du Québec. Intégrer ce plan au conglomérat qu'est TCMS est, de la part de l'AMC et de TCMS, un compromis qui ne va pas sans controverse : contrairement aux plans parrainés dans les autres provinces, ce plan n'est pas administré par des médecins, ce qui attise la méfiance de la profession¹⁴⁰.

2.2 L'AMLFC de 1946 à 1955 : une association pancanadienne, des enjeux provinciaux

La période allant de 1945 à 1955 est le véritable moment du contact entre l'AMLFC et les politiques providentialistes. Si, dans la période précédente, l'association était reléguée au rôle d'observateur, la provincialisation du débat lui fait espérer un rôle plus important. Les stratégies associatives de l'AMLFC se déploient par l'entremise de divers comités et sur plusieurs fronts. D'abord, on observe un virage vers des enjeux provinciaux. Pour agir sur ceux-ci, l'AMLFC augmente les responsabilités de son Comité d'économie médicale, crée d'autres comités internes et se donne une structure plus fédérale basée sur des « comités provinciaux » plus susceptibles de servir de porte-parole. Finalement, la façon dont l'AMLFC se met scène dans les pages de l'*Union médicale* est aussi modifiée pour prendre en compte la redéfinition de l'écosystème médical et associatif québécois.

L'enquête Sylvestre montre bien le déplacement des politiques de la santé vers la scène provinciale, même si l'historiographie à son sujet reste anémique. Mise sur pied dans la foulée des *Grants*, elle devait offrir un « un relevé sur les services de santé existants ainsi que sur ceux qui peuvent manquer¹⁴¹ », notamment en lien avec les coûts grimpants des hôpitaux. Comme on l'a dit, malgré l'importance de cette enquête, l'AMLFC et la division québécoise de l'AMC sont écartées des travaux. L'enquête est aussi un moment éprouvant pour l'AMLFC du fait que le rapport Sylvestre refuse d'aborder la question de l'assurance-santé alors qu'elle brûle de prendre position. Ne pouvant compter que sur elle-même pour faire connaître son point de vue sur les

¹⁴⁰ *Ibid.*

¹⁴¹ Gaumer, *Le système de santé...*, p. 84.

assurances, l'AMLFC utilise à cette fin son comité d'économie médicale, dont elle décrit les activités, en 1951, de la façon suivante : « qu'on sache que son action porte sur le plan national et qu'elle représente un groupe ethnique professionnel pouvant et devant émettre une opinion définie sur un problème d'importance actuelle et primordiale¹⁴² ».

Mis sur pied en 1943, ce comité devient progressivement, selon l'historien Guy Grenier, « le véritable cerveau de l'Association¹⁴³ ». Son président jusqu'en 1968, Roma Amyot, est aussi rédacteur en chef de l'*Union médicale* de 1944 à 1970. Le comité économique est notamment responsable de la rédaction des « vœux » qu'adopte l'AMLFC à ses congrès annuels et qui font office de positions officielles¹⁴⁴. En 1944, un des premiers gestes d'importance du comité est de formuler la position officielle de l'AMLFC sur l'assurance-santé. Cela lui permet de prétendre être la première association « québécoise » à se prononcer sur ce sujet¹⁴⁵; l'affirmation est exagérée car cette prise de position vient bien tard dans l'épisode Heagerty mais, dans le contexte ultérieur de provincialisation des débats, elle permet à l'AMLFC d'occuper une place que ne joue plus la section québécoise de l'AMC et que ne comblent ni l'enquête Sylvestre, ni le Collège des médecins, qui est plutôt absorbé dans des conflits avec les universités sur la certification des spécialistes¹⁴⁶.

L'enjeu des assurances devient pourtant pressant étant donné les intentions claires du ministre Martin. En 1951, lors du congrès annuel de l'AMLFC tenu à Trois-Rivières, le comité d'économie médicale dévoile les résultats de près de huit ans d'études sur l'assurance-santé, sous la forme d'un mémoire qui est ensuite acheminé aux bureaux des premiers ministres et des ministres de la Santé d'Ottawa et de Québec. Le document « s'oppose fermement à toute idée de médecine étatisée¹⁴⁷ » et rejoint pour l'essentiel les vues de l'AMC, fidèles à Heagerty : il propose un plan conjoint qui respecterait l'autonomie provinciale, permettrait l'adhésion volontaire des prestataires et des

¹⁴² *L'Union Médicale du Canada*, vol. 81 (décembre 1951), p. 1402.

¹⁴³ Grenier, *100 ans de médecine francophone*, p. 237.

¹⁴⁴ *Ibid.*, p. 247.

¹⁴⁵ Grenier, *100 ans de médecine francophone*, p. 247.

¹⁴⁶ Denis Goulet, *Histoire du Collège des médecins du Québec, 1847-1997*, Montréal, Collège des médecins du Québec, 1997, p. 108-113

¹⁴⁷ *L'Union Médicale du Canada*, vol. 81 (novembre 1951), p. 1327.

médecins, et reposerait sur des subventions publiques réservées aux indigents par le biais de plafonds qui excluent les mieux nantis¹⁴⁸.

Écartée de l’Enquête Sylvestre et peu désireuse de joindre le TCMP, l’AMLFC se trouve ainsi d’autres véhicules pour mener une activité de représentation. Elle mise aussi sur d’autres comités, qu’elle viendra à considérer comme « Les cellules [sic] ou s’élaborent la vie de l’association¹⁴⁹ ». En 1953, l’association crée aussi plusieurs « comités provinciaux » pour « régler les problèmes qui ne sont pas d’ordre national, mais qui concernent plus une province ou une région¹⁵⁰ ». Sont ainsi créés quatre comités « provinciaux » : Ouest, Ontario, Québec et Maritimes. Vu l’effectif de l’AMLFC et la place qu’occupent hors du Québec les puissantes sections provinciales de l’AMC, on comprend que cette stratégie vise surtout à accroître la légitimité et l’efficacité de l’association au Québec.

À l’échelon canadien, l’AMLFC cherche tout de même à joindre des instances consultatives fédérales, même si elles sont de moindre envergure. Elle souhaite, par exemple, contribuer à la commission sur la standardisation des hôpitaux, qui regroupe des représentants de l’AMC, du Canadian Hospital Council et du Royal College of Physicians and Surgeons of Canada¹⁵¹. Il est convenu au congrès annuel de l’AMC de 1952 que la délégation de cinq membres de l’AMC inclurait un représentant de l’AMLFC. Bien que l’influence concrète de l’AMLFC sur ces comités demeure limitée, sa participation accroît surtout la légitimité de l’association auprès de ses propres membres, comme le suggère l’hyperbole assénée aux lecteurs de l’*UMC* à l’automne 1953 :

L’association croît en vigueur et en importance d’une année à l’autre ; sa voix impose maintenant le respect ; aucune décision importante sur le plan national n’est prise avant qu’elle ne soit consultée. Nous sommes représentés sur tous les organismes importants, tels que, pour n’en citer qu’un seul, la commission d’enquête sur la standardisation des hôpitaux¹⁵².

¹⁴⁸ *L’Union Médicale du Canada*, vol. 80 (novembre 1951), p. 1270-1272.

¹⁴⁹ *L’Union Médicale du Canada*, vol. 98, (mai 1969), p. 811.

¹⁵⁰ *L’Union Médicale du Canada*, vol. 82 (décembre 1953), p. 1388.

¹⁵¹ *CMAJ*, vol. 67, no 3 (septembre 1952), p. 195.

¹⁵² *L’Union Médicale du Canada*, vol. 82 (novembre 1953), p. 1255.

À partir de 1955, l'AMLFC participe aussi à un « Comité d'assurance maladie qui collaborera avec l'Association médicale canadienne pour présenter un front uni en cas de consultations auprès des autorités gouvernementales¹⁵³ ». Par ce moyen, l'AMLFC peut continuer de se présenter à ses membres comme une égale vis-à-vis de l'AMC, ou à tout le moins, comme un joueur véritable sur la scène canadienne.

L'évolution des stratégies associatives est perceptible dans la façon dont l'AMLFC se met en scène dans les pages de l'*UMC*. Tirant une certaine légitimité de sa contribution à des comités techniques, elle atténue ses références aux fondements plus culturels de son nationalisme. Si, dans la période précédente, l'AMLFC multipliait les références à la survivance, à la langue ou à la race, la référence identitaire est, toute proportion gardée, considérablement atténué entre 1946 et 1955¹⁵⁴. Elle réapparaît parfois, de façon opportune et ponctuelle, dans le but de renforcer la légitimité de l'AMLFC en tant que représentante d'une profession issue d'un des deux peuples fondateurs. Par exemple, le discours de bienvenue prononcé lors du congrès annuel tenu à Ottawa/Hull en 1948 : « Ces assises, tenues en français, dans la capitale canadienne ont toujours un caractère symbolique. Elles font sentir aux médecins canadiens-français qu'ils sont ici chez eux, et sont une occasion d'y augmenter leur influence, comme d'imposer le respect sur le plan national aussi bien que dans le domaine médical¹⁵⁵ ».

L'AMLFC est aussi affectée par le clivage croissant entre les omnipraticiens et les spécialistes. Au Québec, plus qu'ailleurs, cette tension contribue à la provincialisation des débats médicaux car elle attise les rivalités entre des regroupements québécois, notamment entre l'AMLFC et le Collège des médecins. À partir de 1950, l'AMLFC prend souvent, dans les pages de l'*UMC*, la défense des omnipraticiens qu'elle juge défavorisés par l'évolution de l'écosystème médical¹⁵⁶. On évoque « les difficultés et le rôle primordial du médecin praticien [omnipraticien] dans notre profession¹⁵⁷ » ainsi qu'une certaine

¹⁵³ Grenier, *100 ans de médecine francophone*, p. 248.

¹⁵⁴ Nombre de références identitaires : 1942-1946 : sept, 1946-1955 : six

¹⁵⁵ *L'Union Médicale du Canada*, vol. 76, no 1 (août 1948), p. 899.

¹⁵⁶ *L'Union Médicale du Canada*, vol. 79 (janvier 1950), p. 47-50 ; vol. 79 (septembre 1950) p. 987, 1468 ; vol. 83 (janvier 1954), p. 1 ; vol. 83 (avril 1954), p. 426-429.

¹⁵⁷ *L'Union Médicale du Canada*, vol. 83 (janvier 1954), p. 73.

appréhension face à l'avenir : « La spécialisation VS [sic] la pratique médicale : où allons-nous ?¹⁵⁸ ». Alors que cette tension est minimisée ou atténuée dans les autres provinces, où tous les médecins sont réunis dans une association unique affiliée à l'AMC, on voit au Québec s'aiguiser l'opposition entre des généralistes francophones réunis à l'AMLFC et des spécialistes impliqués plutôt à l'AMC-Q (s'ils sont anglophones) et au Collège des médecins (pour les francophones). L'éclatement des regroupements médicaux incite ou aide l'AMLFC à assumer un rôle de représentante privilégiée des omnipraticiens, dans un débat qui prend une couleur toute québécoise. Ces chevauchements prennent forme entre 1946 et 1955 et ils deviendront plus structurants par la suite.

3. CONCLUSION

Nous avons vu comment, de 1940 à 1955, la providentialisation des politiques de la santé modifie les rapports entre les associations médicales, appelés à jouer un rôle de porte-parole à mesure que les décisions politiques pèsent sur l'économie des soins, et les États, qui s'attendent dorénavant à parler à des acteurs représentatifs de la profession. De 1941 à 1944, la relation traditionnellement feutrée de l'AMC avec le gouvernement fédéral est remise en question, notamment en ce qui concerne sa légitimité de parler au nom des médecins francophones. L'AMC cherche donc alors à faire le plein de membres francophones et québécois. Cependant, cette première phase de recrutement est tempérée, de 1945 à 1955, par la provincialisation des débats sur la santé, qui rend moins patent le besoin d'unité professionnelle au niveau fédéral. En ce qui concerne l'AMLFAN, moins proche des décideurs fédéraux, elle échoue à s'imposer comme légitime association pancanadienne des médecins canadiens-français durant la phase Heagerty. Après 1944, elle essaie d'établir sa légitimité représentative en modifiant son nom, en prenant position et en créant des comités provinciaux.

¹⁵⁸ *L'Union Médicale du Canada*, vol. 79 (janvier 1950), p. 47-50.

CHAPITRE 3

1955-1969 : DE L'ASSURANCE-HOSPITALISATION À L'ASSURANCE-MALADIE : UNE RIVALITÉ ASSOCIATIVE QUI S'INTENSIFIE

1. 1955-1962 : DE L'ASSURANCE HOSPITALISATION À LA COMMISSION HALL

En 1955, dix ans après le refus des provinces d'accepter le projet fédéral d'assurance-santé, l'enjeu refait surface aux rencontres fédérales-provinciales d'octobre 1955 et mars 1956. Cette fois-ci, la Colombie-Britannique et la Saskatchewan, ayant déjà instauré une forme d'assurance-hospitalisation sur leur propre territoire, cherchent du financement de la part du fédéral. Le ministre Paul Martin, de son côté, estime que le fruit a mûri depuis le lancement des *National Grants* de 1948. En janvier 1956, il soumet aux provinces une formule d'assurance-hospitalisation qui serait universelle, gérée par les provinces et qui couvrirait les frais d'hospitalisation et les procédures diagnostiques (tests de laboratoire et radiographies) des patients hospitalisés. De cette façon, le débat sur l'assurance-santé, après s'être provincialisé pendant quelques années, revient sur la scène fédérale pancanadienne.

En mars 1956, soit après avoir soumis son offre aux provinces, Martin entre en contact avec l'AMC et l'AMLFC de même qu'avec les associations canadiennes des radiologistes et des pathologistes¹⁵⁹. L'objet des discussions est l'inclusion des tests de radiologie et de pathologie dans le plan d'assurance-hospitalisation. L'AMC a deux demandes. Premièrement, elle veut que le plan fédéral exclue les honoraires médicaux de la couverture de ces tests car elle craint de voir les pathologistes et les radiologistes glisser dans la catégorie du personnel hospitalier. Deuxièmement, l'AMC s'oppose à un régime universel et demande que l'implication de l'État se limite à la couverture des indigents. La demande sur les honoraires des pathologistes et des radiologistes est bien accueillie, mais Martin ne cède pas au sujet de l'universalité. En vérité, malgré le refus catégorique des dirigeants d'associations, la question divise aussi les médecins eux-mêmes. Le

¹⁵⁹ David C. Naylor, *Private practice, public payment: Canadian medicine and the politics of health insurance, 1911-1966*, Kingston, McGill-Queen's University Press, 1986, p. 165.

congrès de l'AMC de 1956 donne lieu à un débat tendu sur l'universalité, au terme duquel une résolution en faveur du plan fédéral est battue de justesse : « A resolution to the effect that the General Council record a position favourable to the principle of universal hospital insurance was extensively debated and on a standing vote was defeated¹⁶⁰ ».

Avec le soutien du cabinet, Martin dépose en avril 1957 un projet de loi sur l'assurance-hospitalisation. Le projet prévoit des subventions fédérales conditionnelles à l'établissement d'organismes publics provinciaux pour administrer le régime d'assurance, un autre aspect qui déplaît à l'AMC. L'*Hospital Insurance and Diagnostic Services Act* est adopté quelques semaines avant les élections de juin 1957. Les libéraux de Saint-Laurent perdent ces élections à la faveur des conservateurs de Diefenbaker et c'est le ministre conservateur de la Santé Monroe qui devient responsable de la mise en œuvre du projet d'assurance-hospitalisation. Sous les conservateurs, l'application de la loi est accélérée par le retrait de la clause nécessitant l'adhésion de six provinces avant d'ouvrir les vannes du financement. En 1958, la Saskatchewan, Terre-Neuve, le Manitoba, l'Alberta et la Colombie-Britannique joignent le programme. En 1959, c'est au tour de l'Ontario, de la Nouvelle-Écosse et du Nouveau-Brunswick¹⁶¹.

Au Québec, Duplessis refuse toujours l'adoption de l'assurance-hospitalisation, qui figure parmi les promesses du Parti libéral. La mort de Duplessis en septembre 1959 entraîne toutefois un changement d'orientation à l'Union nationale dont le nouveau chef, Paul Sauvé, annonce une commission pour planifier l'adhésion à l'assurance-hospitalisation. L'élection du parti libéral en juin 1960 accélère encore les choses car le gouvernement Lesage décrète l'adhésion immédiate au programme. En décembre, il conclut une entente avec le fédéral permettant au Québec de mettre en œuvre le régime canadien d'assurance-hospitalisation dès janvier 1961¹⁶².

¹⁶⁰ *CMAJ*, vol. 75, no 5 (septembre 1956), p. 357.

¹⁶¹ Naylor, « Private practice, public payment... », p. 167.

¹⁶² Benoît Gaumer, *Le système de santé et de services sociaux du Québec : une histoire récente et tourmentée*, 1921-2006. Presses de l'Université Laval, 2008, p. 90.

1.1 L'AMC de 1955 à 1962 : la séduction des francophones ?

Le régime canadien d'assurance-hospitalisation complique doublement les choses pour l'AMC. D'une part, le projet fédéral est universel et l'assurance est gérée par les États. L'AMC espérait un projet plus fidèle aux recommandations du comité Heagerty, qui prévoyait un soutien limité aux indigents et une cogestion avec les associations médicales. Les plans provinciaux de TCMP auraient pu servir de véhicule pour de tels plans. D'autre part, en raison des trajectoires variées qu'ont connues les provinces depuis dix ans, il n'y a plus de réel consensus médical sur cet enjeu. Or, les divergences qu'avait tolérées l'AMC en 1945-1955 lui réapparaissent, dès 1956, comme une faiblesse, puisque le retour du débat sur la scène fédérale ravive le besoin de représentativité de l'AMC. Les débats au congrès de 1956 montrent la difficulté de l'AMC à prétendre parler au nom de tous les médecins canadiens, alors que revient l'urgence d'influencer le gouvernement fédéral. L'AMC se réengage donc dans des efforts pour accroître sa représentativité mais la tâche est compliquée, particulièrement au Québec.

Contrairement à la période 1941-1944, l'effort de recrutement lancé en 1956 cible presque exclusivement les francophones. Par exemple, au congrès annuel de 1957, le président sortant, dans son mot de clôture, dit vouloir ramener au bercail les 5 500 médecins canadiens œuvrant hors de l'association : « We need two things and we need them urgently- we need to gather the five thousand five hundred non-members physicians of Canada into the fold of the CMA and we need to increase the number of active members¹⁶³ ». Il vise ainsi, qu'il le veuille ou non, un grand nombre de médecins francophones, souvent affiliés à l'AMLFC. Par la suite, presque toutes les déclarations qui font référence au membership en viennent à mentionner, d'une façon ou d'une autre, les membres francophones, et notamment franco-qubécois. De toute manière, l'adhésion dans les autres provinces est satisfaisante ou carrément totale¹⁶⁴. L'AMC entame une opération de charme spécifiquement déployée envers le plus gros groupe de médecins

¹⁶³ *CMAJ*, vol. 77, no 2 (15 juillet 1957), p. 140-141 ; vol. 74, no 12 (1956), « The President's Valedictory Address ».

¹⁶⁴ Dès 1932, l'adhésion de la division de l'Alberta, Saskatchewan, Colombie-Britannique et du Nouveau-Brunswick est de 100%, Naylor, *Private practice, public payment*, p. 96.

œuvrant hors de l'AMC, soit les médecins francophones et surtout les membres de l'AMLFC. Cette préoccupation se manifeste sous plusieurs formes, explicites et implicites, dans les pages du *Canadian Medical Association Journal*.

D'une part, l'AMC, dans le *Journal*, est formulé à partir de 1955 un appel direct au recrutement des francophones, en appelant tout particulièrement à la division québécoise (AMC-Q). La question était restée pratiquement absente des pages du *Journal* depuis 1944, à l'exception d'une brève lamentation de la division québécoise de l'AMC qui se désolait en juillet 1953 de sa perte d'effectif francophone : « We were sorry to note an appreciable drop in membership, mostly among our french speaking colleagues¹⁶⁵ ». Le désir d'attirer plus de francophones est réitéré désormais régulièrement, surtout entre 1960 et 1962, avec un optimisme variable¹⁶⁶. En 1956, lors du congrès annuel se déroulant au Château Frontenac à Québec, il prend la forme d'une métaphore de l'unité nationale lorsque le Gouverneur général du Canada, s'adressant aux médecins des deux groupes linguistiques, risque la remarque suivante : « Des réunions comme celles-ci rassemblent des citoyens qui ont en commun des intérêts, des problèmes, des responsabilités ; elles permettent aussi à chacun d'augmenter ses connaissances personnelles et apportent, par là, une importante contribution à notre unité nationale¹⁶⁷ ». Aux congrès annuels, la division québécoise fait état d'efforts accrus de recrutement et exprime son espoir de réduire le retard cumulé. En 1957, elle se félicite de l'affluence à son assemblée provinciale : « To say it was unusually successful is not to disparage other meetings of the Division but rather to emphasize its growing strength¹⁶⁸ ». Son effectif se situe alors à 1 414 membres, une augmentation de 224 membres par rapport à l'année précédente. L'année suivante, elle atteint 1 622 médecins et note que « we see ever increasing in activities with our division. Our membership is constantly growing¹⁶⁹ ».

¹⁶⁵ *CMAJ*, vol. 69, no 1 (juillet 1953), p. 90.

¹⁶⁶ *CMAJ*, vol. 82, no 2 (janvier 1960), p. 102; vol. 82, no 10 (5 mars 1960), p. 554-555; vol. 84, no 1 (7 janvier 1961), p. 4; vol. 85, no 12 (16 septembre 1961), p. 3; vol. 86, no 1 (6 janvier 1962), p. 8; vol. 86, no 10 (10 mars 1962), p. 4; vol. 87, no 4 (28 juillet 1962), p. 185; vol. 87, no 19 (10 novembre 1962), p. 22; vol. 87, no 25 (22 décembre 1962), p. 2.

¹⁶⁷ *CMAJ*, vol. 75, no 1 (1^{er} juillet 1956), p. 56.

¹⁶⁸ *CMAJ*, vol. 79, no 2 (15 juillet 1958), p. 132.

¹⁶⁹ *CMAJ*, vol. 81, no 5 (1^{er} septembre 1959), p. 291.

Ça ne semble toutefois pas suffisant pour atteindre les objectifs politiques de l'association au Québec. En juin 1959, alors que le Québec n'a pas encore joint l'assurance-hospitalisation, la section québécoise de l'AMC trouve urgent de présenter un front uni face au gouvernement provincial pour éviter des scénarios-catastrophes. Cette urgence fait l'objet de débats et présentations lors des réunions de l'AMC-Q, comme en témoigne ce sujet à l'ordre du jour : « How to achieve a united front in representations to the Quebec government on establishment of hospital insurance care¹⁷⁰ ». La solution avancée, qui semble évidente aux dirigeants de la section, est la coopération avec les autres groupes de médecins québécois : « This obviously can only be achieved through united efforts by our Division, l'Association de Médecins de Langue Française du Canada and the College of Physicians and Surgeons P.Q.¹⁷¹ ». Cet effort est alors déjà engagé, depuis la création d'un comité mixte sur l'assurance maladie entre l'AMC-Q et l'AMLFC en 1958, et le lancement d'une campagne visant à cultiver des liens avec différentes sociétés médicales régionales québécoises œuvrant hors des grands centres urbains comme c'est le cas des médecins des districts de Sherbrooke ou de Hull¹⁷².

Le souci d'étoffer le visage francophone et donc la représentativité de l'AMC se manifeste aussi sous des formes plus implicites dans le *Journal*. Ainsi, plus le *Journal* réintroduit des thèmes politiques dans ses pages, plus il rehausse son effort de bilinguisme. En 1955, pour la première fois, les activités de la section québécoise sont présentées dans les deux langues, plutôt que seulement en anglais. À cela s'ajoute la parution dans les deux langues de plusieurs textes sur les activités politiques de l'AMC¹⁷³. On relate aussi plus systématiquement, à partir de la même année, les nominations de médecins québécois dans les instances de l'AMC. En mars 1959, le *Journal* se donne un titre bilingue¹⁷⁴. Bien que ce changement soit antérieur à l'augmentation de la fréquence de parution du journal, qui passe de deux éditions par mois à une par semaine en 1960, son ancien rédacteur H. E. MacDermot associe rétrospectivement ces deux évènements comme les deux phases d'une

¹⁷⁰ *CMAJ*, vol. 80, no 12 (15 juin 1959), p. 1021.

¹⁷¹ *Ibid.*

¹⁷² *CMAJ*, vol. 78, no 6 (15 mars 1958), p. 458 ; vol. 86, no 10 (10 mars 1962), p. 4.

¹⁷³ *CMAJ*, vol. 87, no 25 (22 décembre 1962), p. 2, 4.

¹⁷⁴ *CMAJ*, vol. 80, no 5 (1^{er} mars 1959), p. 375.

même évolution : « With the conversion of the Journal to a weekly publication the cover design was rearranged to show the title in both languages »¹⁷⁵. L'augmentation de la fréquence de parution soutient la politisation croissante du *Journal*, qui peut ainsi communiquer de façon plus régulière et s'ajuster au rythme de l'actualité, pour clarifier une position de l'AMC ou relater une nouvelle. En juillet 1960, quelqu'un suggère la publication de tous les éditoriaux dans les deux langues¹⁷⁶. L'idée semble toutefois hors de la portée du *Journal*, qui reconnaît les limites de son bilinguisme : « The feasibility of a bilingual publication had been discussed from time to time... However, it had not been found possible to arrange this. Efforts were therefore made to provide résumés in French of selected articles¹⁷⁷ ». Un texte de juillet 1962 évoque du même souffle, encore, le besoin de représentativité de l'AMC, la hausse de l'effectif au Québec et l'effort de bilinguisation du *Journal*. Une fois de plus, la façon privilégiée de resserrer les liens avec les médecins francophones passerait par le bilinguisme : « Medically speaking, true professional unity and understanding could be more rapidly achieved through bilingualism... The bridge to medical unity in Canada must be built on the foundation of our two languages and our two cultures¹⁷⁸ ».

Cependant, ce bilinguisme demeure fragile comme le révèle le départ, en 1960, du Dr Maurice Dufresne de l'équipe éditoriale du *Journal*, où il servait à la fois de correspondant québécois et de traducteur. Son départ force la suspension temporaire des résumés traduits d'articles : « It is with great regret that we are forced to announce that we shall have to discontinue temporarily the printing of résumés in French¹⁷⁹ ». Alors qu'elle en faisait déjà peu, en ne traduisant que les résumés d'articles et non les articles eux-mêmes, l'équipe du *Journal* se trouve incapable de traduire ses propres textes après la perte d'un seul de ses membres. Le rôle que jouait Dufresne lui vaut en 1960, un poème et un élogieux texte de remerciement pour souligner son départ¹⁸⁰. L'hommage rendu suggère d'ailleurs que Dufresne était plus un francophone intégré à la société torontoise

¹⁷⁵ CMAJ, vol. 84, no 1 (7 janvier 1961), p. 1, 4.

¹⁷⁶ CMAJ, vol. 83, no 5 (30 juillet 1960), p. 230.

¹⁷⁷ CMAJ, vol. 84, no 1 (7 janvier 1961), p. 4.

¹⁷⁸ CMAJ, vol. 87, no 4 (28 juillet 1962), p. 185.

¹⁷⁹ CMAJ, vol. 83, no 10 (septembre 1960), p. 552.

¹⁸⁰ CMAJ, vol. 82, no 21 (21 mai 1960), p. 1088 ; vol. 83, no 3 (16 juillet 1960), p. 126-127.

et aux hautes sphères de l'AMC, qu'une réelle antenne de celle-ci au Québec : « From Montreal he came, to labour in Toronto [...] Completely bilingual, he is an ardent proponent of Canadianism in so far as it affects the basic unity of the medical profession, and he exemplifies the belief that the two original races in this country have far more in common than the superficial evidences of diversity would suggest¹⁸¹ ». Le 19 février 1960, le Special Committee on Prepaid Medical Care distribue un questionnaire à ses membres afin d'évaluer leurs « attitudes [...] toward the insurance industry and government participation in this field¹⁸² ». Cependant, « the interest of our French-speaking colleagues in receiving the questionnaire in French was belatedly realized » faisant en sorte que la version française n'est distribuée que le 7 avril 1960¹⁸³.

Une autre manifestation implicite de l'effort de séduction auprès des francophones est l'apparition de mises en scène positives de la médecine canadienne-française et du Canada français en général. Ces évocations positives vont de la louange de la culture française à celle du journalisme médical francophone. Dans le numéro de juin 1955, un commentaire éditorial souligne chaleureusement l'arrivée d'un nouveau journal médical, *L'Hôpital d'Aujourd'hui*. Le rédacteur de ce nouveau journal y décrit les Canadiens français comme un « humble group of French, lost like an island in the immense human sea of America¹⁸⁴ ». Lorsque le congrès annuel de 1956 se déroule à Québec, le président de l'AMC, le Dr Renaud Lemieux, profite de l'occasion pour souligner ce rapprochement : « This eighty-ninth annual meeting is, in my opinion, a vigorous and wonderful demonstration of cooperation, increasing friendship and stronger ties joining the French- and English-speaking doctors of Canada¹⁸⁵ ». Dans la même optique, le président sortant T. C. Routley souligne l'apport des Canadiens français dans l'édification du Canada : « [...] for some 300 years generation upon generation of French-speaking Canadians have played their full share in the building up and development of our nation¹⁸⁶ ». Le congrès annuel de 1961, à Montréal, fait aussi l'objet de commentaires chaleureux à l'égard des

¹⁸¹ *CMAJ*, vol. 83, no 3 (16 juillet 1960), p. 126-127.

¹⁸² *CMAJ*, vol. 83, no 10 (3 septembre 1960), p. 471.

¹⁸³ *Ibid.*

¹⁸⁴ *CMAJ*, vol. 72, no 6 (15 mars 1955), p. 461.

¹⁸⁵ *CMAJ*, vol. 75, no 1 (1^{er} juillet 1956), p. 60.

¹⁸⁶ *CMAJ*, vol. 74, no 12 (15 juin 1956), p. 1004.

hôtes québécois. Le *Journal* y dédie un éditorial intitulé « Merci à Montréal », dans lequel on présente un bref historique de la ville et les faits saillants du congrès¹⁸⁷. Ces mises en scène flatteuses peuvent sembler anodines prises individuellement, mais le moment à partir duquel elles s'intensifient fait croire qu'elles s'inscrivent dans une stratégie plus large de sollicitation des médecins francophones.

L'effort ne se limite pas aux pages du *Journal*. Dès 1956, Maurice Dufresne souligne l'importance de mener au Québec une action sur le terrain pour renforcer le pouvoir d'attraction de l'AMC : « Dr. Dufresne addressed the membership and stressed in particular the need for him to visit local societies in the Province and make close contact with the membership¹⁸⁸ ». Lors du congrès annuel de 1960, l'assemblée adopte une résolution qui recommande aux divisions provinciales de resserrer les liens avec les autres groupes médicaux en leur promettant une forme de représentation : « [...] BE IT RECOMMENDED to the Divisions that approaches be made to the provincial organizations of the affiliates, on their own behalf of their branch medical societies, with a view to providing suitable medical representation and active participation at all levels of operation¹⁸⁹ ».

L'AMC cherche ainsi à se rapprocher des autres groupes médicaux du Québec. Son implication active auprès des associations de spécialistes ouvre plusieurs portes. Dès 1961, l'AMC est approchée par la division québécoise de la Canadian Anaesthetists' Society lui demandant d'établir un « official body with responsibility for approval of training and standards for inhalation therapists¹⁹⁰ »; en 1962, elle reçoit une demande d'affiliation de la part de l'association des cardiologues de la province¹⁹¹. L'AMC cherche aussi à établir des liens avec les omnipraticiens. Dès septembre 1960, via son comité permanent de médecine générale, la section québécoise chercher à « résoudre quelques-uns des problèmes des Omnipraticiens¹⁹² » en investissant trois sous-comités en lien avec

¹⁸⁷ *CMAJ*, vol. 85, no 3 (15 juillet 1961), p. 146-147.

¹⁸⁸ *CMAJ*, vol. 85, no 3 (15 juillet 1961), p. 64.

¹⁸⁹ *CMAJ*, vol. 83, no 10 (3 septembre 1960), p. 469.

¹⁹⁰ *CMAJ*, vol. 84, no 21 (27 mai 1961), p. 1210.

¹⁹¹ *CMAJ*, vol. 86, no 1 (6 janvier 1962), p. 8-1.

¹⁹² *CMAJ*, vol. 85, no 4 (22 juillet 1961), p. 6.

les relations hospitalières, la place des omnipraticiens dans l'administration de la médecine générale, et les tarifs. Après un an d'activité de ces comités en sol québécois, Maurice Dufresne affirme qu'« on croit que d'ici l'an prochain, les Omnipraticiens (qui représentent deux tiers des membres du Québec) seront mieux représentés dans les divers comités de la division du Québec¹⁹³ ». En 1962, le Dr Denault, responsable des relations publiques et un des responsables de l'effort de recrutement de francophones, raconte avoir visité, avec d'autres collègues du comité exécutif de l'AMC-Q, des villes québécoises dont Rimouski et Rouyn et dit s'apprêter à visiter Gaspé, Chandler, Hull et Sherbrooke¹⁹⁴. Cette campagne exige toutefois de la diplomatie car elle ravive la concurrence entre l'AMC et l'AMLFC pour le rôle de représentation politique des médecins franco-qubécois.

1.2 L'AMLFC DE 1955-1962 : DERNIER ESPOIR ET LENDEMAINS AMERS

En 1955, l'AMLFC n'a pas abandonné l'espoir d'être la légitime association « sœur » de l'AMC, c'est-à-dire la légitime association médicale des Canadiens français d'un océan à l'autre. Au printemps 1957, elle précise promptement sa position devant le projet d'assurance-hospitalisation. Comme l'AMC, elle favorise les plans d'assurance volontaires cogérés par la profession, même si elle est critique des compagnies privées qui maximisent trop agressivement leurs profits¹⁹⁵. En 1955, un texte du Dr Pierre Jobin affirme que « si les individus ne s'organisent pas eux-mêmes, c'est l'État qui sera obligé d'y voir¹⁹⁶ », soulignant l'importance pour la profession de s'impliquer dans le dossier de l'assurance-hospitalisation. Par contre, contrairement à l'AMC, l'AMLFC ne participe pas à la mise en place de TCMP et l'UMC valorise d'autres alternatives privées, comme les coopératives. Surtout, la position de l'AMLFC évolue plus vite : en septembre 1959, l'UMC publie un éditorial intitulé « Pourquoi nous favorisons une assurance-hospitalisation obligatoire avec ses services diagnostiques¹⁹⁷ ». Cette position tranche

¹⁹³ *CMAJ*, vol. 85, no 4 (22 juillet 1961), p. 6.

¹⁹⁴ *CMAJ*, vol. 86, no 10 (10 mars 1962), p. 4.

¹⁹⁵ *L'Union Médicale du Canada*, vol. 86 (avril 1957), p. 419-423.

¹⁹⁶ *L'Union Médicale du Canada*, vol. 84 (mai 1955), p. 567-570.

¹⁹⁷ *L'Union Médicale du Canada*, vol. 88 (septembre 1959), p. 1081-1085.

avec celle de l'AMC qui s'est toujours opposée au caractère obligatoire du plan d'assurance hospitalisation. Dans ce texte, l'auteur s'emploie à concilier le plan fédéral et l'autonomisme de l'AMLFC en affirmant qu'il « faudra un jour l'établir au pays québécois comme ailleurs, mais selon nos besoins, selon notre caractère propre... La patrie demande davantage¹⁹⁸ ».

L'association cherche aussi à étendre son action politique, via divers comités, mais avec peu de succès. En 1955, l'AMLFC propose la mise en place d'un comité conjoint avec l'AMC pour trouver une position commune sur l'assurance-maladie en cas de « consultation auprès des autorités publiques¹⁹⁹ ». C'est laborieux et l'AMC-Q est peu intéressée, malgré l'existence d'un comité de liaison depuis 1953²⁰⁰. Ce n'est qu'en 1958 que l'AMC mentionne finalement le « newly organized Inter-Association Committee on Health Insurance. This includes all the medical associations active in this province, and the obvious aim is to present a unified opinion when and if health insurance come into being in our province²⁰¹ ». Malgré cette relation ambiguë, l'AMC et l'AMLFC font parfois front commun auprès du gouvernement fédéral, quoique sur des sujets plus pointus. En janvier 1957, les deux associations déposent un mémoire au ministre des Finances canadien, « au sujet de la déductibilité de l'impôt sur le revenu des primes de pension pour les médecins²⁰² ». L'AMLFC poursuit aussi son implication à la Commission canadienne de classification des hôpitaux, dont elle fait grand cas. Elle souligne, en 1955, que « l'un des nôtres²⁰³ », le Dr Jacques Laurier, y est devenu inspecteur, et, en 1957, la nomination du Dr Thibault à la présidence du comité d'accréditation des hôpitaux canadiens. Malgré sa participation à des comités d'envergure canadienne, l'association elle-même ne semble pas convaincue de l'influence qu'elle y exerce. Au congrès annuel de juin 1961, le comité québécois de l'AMLFC « recommande

¹⁹⁸ *L'Union Médicale du Canada*, vol. 88 (septembre 1959), p. 1085.

¹⁹⁹ Guy Grenier, *100 ans de médecine francophone : histoire de l'Association de médecins de langue française du Canada*, Sainte-Foy, Éditions Multimondes, 2002, p. 248.

²⁰⁰ *L'Union Médicale du Canada*, vol. 83 (avril 1954) p. 494-495 ; *CMAJ*, vol. 70, no 1 (janvier 1954), p. 87.

²⁰¹ *CMAJ*, vol. 78, no 6 (15 mars 1958), p. 458.

²⁰² *L'Union Médicale du Canada*, vol. 86 (janvier 1957), p. 216.

²⁰³ *L'Union Médicale du Canada*, vol. 85 (janvier 1956), p. 94.

que l'accréditation des hôpitaux soit provinciale, en regard de l'assurance-hospitalisation²⁰⁴ ».

Sur le terrain des discours, qui ne coûtent pas cher, les politiciens fédéraux font pourtant tout pour que l'AMLFC se sente reconnue en tant que porte-parole à l'échelle du pays et qu'elle relaie cette reconnaissance à ses membres. En 1956, Paul Martin vante les mérites de l'AMLFC en tant qu'association nationale : « Nous n'oubliions pas ce que réalise l'Association sur le plan national et nous considérons qu'elle accomplit une œuvre précieuse pour tout le Canada²⁰⁵ ». L'année suivante, l'AMLFC affirme avoir rencontré le ministre de la Santé et du Bien-être social Waldo Monteih au sujet de l'assurance-maladie, et ce dernier aurait assuré que « l'AMLFC lui est connu comme une des deux associations médicales du pays²⁰⁶ ». En avril 1960, reprenant une fois de plus l'adéquation canadienne-anglaise faite entre ce qui est pанcanadien et ce qui est national, l'association affirme encore à ses membres qu'elle a une envergure « nationale²⁰⁷ ».

Pourtant, malgré ces contacts avec le gouvernement fédéral, l'AMLFC se plaint, à l'été 1961, qu'aucune place lui ait été offerte au sein de la nouvelle commission d'enquête sur les services de santé, la commission Hall, que vient d'instituer le gouvernement Diefenbaker : « La profession médicale du Québec est fort émue de constater qu'elle a été ignorée dans le choix des membres de la commission Hall concernant les services de santé au Canada²⁰⁸ ». Face à cette déconvenue, la façon dont l'AMLFC se présente comme la représentante de « la profession médicale du Québec » semble l'admission d'un fait devenu alors évident, à savoir que malgré tous les discours, ceux qu'elle a reçus et ceux qu'elle a tenus depuis 1955, elle n'a en fait jamais été dans le coup sur la scène fédérale.

De 1956 à 1962, l'importance renouvelée de la scène fédérale en matière de santé incite l'AMLFC à accepter de collaborer avec l'AMC pour accéder à certains lieux de

²⁰⁴ *L'Union Médicale du Canada*, vol. 90 (juillet 1961), p. 679.

²⁰⁵ *L'Union Médicale du Canada*, vol. 85 (novembre 1956), p. 1285.

²⁰⁶ *L'Union Médicale du Canada*, vol. 87 (avril 1958), p. 392.

²⁰⁷ *L'Union Médicale du Canada*, vol. 89 (avril 1960), p. 416.

²⁰⁸ *L'Union Médicale du Canada*, vol. 90 (août 1961), p. 889.

décision ppancanadiens. Les élans rhétoriques que déploie la direction de l'AMLFC dans l'*Union médicale* suggèrent que cette collaboration a de la valeur à ses yeux, car elle l'aide à légitimer son rôle de porte-parole auprès de ses membres. Il faut que le jeu en vaille la chandelle car d'autres textes montrent que les dirigeants de l'AMLFC doivent surmonter de fortes réticences pour consentir à ces efforts.

En vérité, les dirigeants de l'association redoutent les ambitions de l'AMC qui, comme on l'a vu, dissimule mal son intention de s'imposer elle-même au Québec comme seule porte-parole de la profession. En 1956, Roma Amyot témoigne de son absence de confiance envers l'AMC, qu'il croit incapable d'assurer la dignité des médecins francophones :

Le jour où ils se sentiront chez eux dans les dix provinces [...] le jour où ils pourront exprimer leurs idées et leurs projets dans les assemblées d'associations nationale mixte [...] le jour où ils seront convaincus d'être acceptés sur le même plan que leurs compatriotes de l'autre langue [...] le jour enfin où les formules de politesse et les serrements de mains ne seront pas que des manifestations de pure civilité [...] le temps sera alors venu pour le citoyen médecin de langue française de se sentir attiré [...] par un réel sentiment de fraternité vers les sociétés ou organismes professionnels à majorité et à administration anglophones²⁰⁹.

À l'inverse, le contexte canadien contribue à ce que cet autonomisme décomplexé attise la méfiance chez les dirigeants anglophones de l'AMC. En juillet 1957, au congrès annuel de l'AMC, le président sortant réitère l'importance pour la profession de ne pas se diviser ou sombrer dans « l'isolationnisme²¹⁰ », un commentaire dirigé à la fois contre les « individualistes » et contre les sous-groupes, dont les autonomistes francophones, qui refusent la hiérarchie associative proposée par l'AMC :

Before you can lead you must unite [...] It is the duty of all practitioners [...] to discuss these problems in the places where all members of the profession - and not just small segments of it - can meet on equal terms, the local medical society, the provincial medical society and the national body, the CMA²¹¹.

²⁰⁹ *L'Union Médicale du Canada*, vol. 85 (juillet 1956), p. 741.

²¹⁰ *CMAJ*, vol. 77, no 2 (15 juillet 1957), p. 140.

²¹¹ *Ibid.*

L'AMC ne veut pas d'un conflit ouvert. En 1961, elle et le *Journal* disent maintenir de bonnes relations avec leurs confrères francophones : « The relations between the two Associations have been consistently harmonious, and for the present at any rate it is accepted that each body will pursue its own way²¹² ». En juillet 1962, on se veut rassurant sur la question de l'autonomie des médecins francophones : « It has never been the wish or the intention of The Canadian Medical Association to absorb the French-speaking doctors in an english organization²¹³ ». Au moment où sont publiés ces propos, cependant, les tensions sur la scène associative médicale au Québec sont déjà devenues évidentes.

L'élément déclencheur est la tenue par Ottawa d'une nouvelle commission d'enquête sur le possible élargissement de l'assurance-hospitalisation en une vraie « assurance-maladie », qui inclurait la couverte des honoraires médicaux. Une fois l'assurance-hospitalisation devenue réalité dans chaque province, il semble de plus en plus évident que le fédéral, talonné par l'opinion publique et les provinces progressistes, ne pourra pas s'en tenir là. Ayant accepté l'idée d'une future assurance-maladie qui couvrirait les honoraires médicaux, l'AMC espère limiter les dégâts en obtenant la création de plans d'assurance limités (pas universels) et cogérés avec la profession médicale, peut-être par la gestion fédérale des plans fédérés par TCMP. En décembre 1960, parce qu'elle craint qu'un nouveau conflit alors en cours en Saskatchewan ne précipite les choses, l'AMC prend les devants et suggère au premier ministre Diefenbaker l'organisation d'une commission d'enquête, qui pourrait calmer le jeu et favoriser un plan « modéré » qui correspond à ses vœux. Diefenbaker acquiesce et rend la décision publique aussitôt, avant de confirmer par décret la création de la commission Hall en juin 1961²¹⁴.

En prenant l'initiative, l'AMC s'assure une longueur d'avance en matière d'organisation et de mobilisation dans ce qui s'annonce comme le plus important moment des politiques de la représentation médicale depuis les années 1940. Les sections

²¹² *CMAJ*, vol. 84, no 1 (7 janvier 1961), p. 4.

²¹³ *CMAJ*, vol. 87, no 4 (28 juillet 1962), p. 185.

²¹⁴ Malcolm G. Taylor, *Health Insurance and Canadian Public Policy: The Seven Decisions That Created the Canadian Health Insurance System*, Montreal and Kingston, McGill-Queen's University Press, 1987, p. 335.

provinciales, qui encore en 1956 ne défendaient pas toutes les mêmes positions sur l'assurance-santé, se rangent toutes derrière l'AMC dont elles sont les soldats efficaces lors des audiences publiques de la commission, tenues de septembre 1961 à mai 1962. Au Québec, l'AMLFC suit d'abord le mouvement. C'est que l'AMC, bien informée, agit vite : dès janvier 1961, son exécutif crée un sous-comité responsable de la préparation des mémoires et il choisit d'y inviter un représentant de l'AMLFC²¹⁵. Des médecins de l'AMC-Q et de l'AMLFC y déposent, au début de 1962, un document conjoint – le seul document inter-association produit parmi tous les travaux internes de l'AMC, témoignant de la singularité de l'écosystème associatif québécois – et qui est accueilli avec effusion au congrès annuel²¹⁶.

Le leadership de l'AMC est toutefois mal accepté par les dirigeants de l'AMLFC, qui digèrent mal de n'avoir tenu aucune part dans les tractations préalables à la commission. En décembre 1961, un officier de l'AMLFC, Jean-Marc Bordeleau, exprime sa frustration de devoir suivre le pas de l'AMC tout en étant tenu à l'écart des décisions politiques : « Autrefois, on [le gouvernement] disait non pour nous et maintenant le oui est donné sans que nous soyons davantage consultés ; nous avons le sentiment d'être des élèves de Jardin d'Enfance qu'on fait marcher à la claquette²¹⁷ ». C'est que l'AMLFC est consciente que l'épisode de la commission Hall est un test décisif pour sa capacité à agir comme porte-parole des médecins francophones.

En 1961 et 1962, l'AMLFC redouble donc d'efforts pour tenir tête à l'AMC. À l'automne 1961, l'UMC adopte un nouveau format, plus prestigieux, et « prend la dimension physique comparable à celle des grandes revues médicales²¹⁸ », tout en gardant une bonne place aux textes éditoriaux de la direction sur l'assurance-hospitalisation et le jeu politique en cours. L'AMLFC cherche aussi à étoffer son rôle de porte-parole en invitant des sociétés médicales locales à fusionner avec elle ; elle obtient un beau succès

²¹⁵ *CMAJ*, vol. 84, no 4 (28 janvier 1961), p. 232.

²¹⁶ *CMAJ*, vol. 87, no 9 (2 septembre 1961), p. 528-529.

²¹⁷ *L'Union Médicale du Canada*, vol. 90 (décembre 1961), p. 2.

²¹⁸ *Ibid.*, p. 1.

en scellant la fusion avec la Fédération des sociétés médicales du Québec au printemps 1960²¹⁹.

Mais la volonté de l'AMLFC d'affirmer son autonomie en tant qu'acteur politique, légitime et autonome, est contrariée par les ambitions analogues de l'AMC-Q. Les audiences publiques de la commission Hall, dont la visite au Québec est prévue pour avril 1962, intensifient cette compétition. L'AMC-Q est très présente sur le terrain et, depuis l'automne 1961, « has been visiting outlying districts as part of a recruiting drive²²⁰ ». Les sources disponibles suggèrent que l'AMLFC a peut-être un coup de retard, situant plutôt au printemps 1962, un effort de ralliement et de consultation des sociétés médicales du Québec en prévision de la commission Hall²²¹.

À l'automne 1961, la section québécoise de l'AMC franchit une autre étape dans son projet de marginaliser l'AMLFC en changeant son nom pour devenir « l'Association médicale de la province de Québec [AMPQ] ». Ce projet est légèrement plus ancien car l'AMC a déjà profité, en mai 1960, d'une révision de ses lettres patentes pour incorporer ce nom²²². C'est toutefois en novembre 1961 que l'exécutif de l'AMC-Q choisit d'amorcer la transition vers l'usage du nouveau nom. Maurice Dufresne, qui signe de nouveau les comptes rendus des réunions québécoises dans le *Journal de l'AMC*, précise à l'attention des lecteurs anglophones qu'il ne faut pas y voir une « tendance séparatiste » :

À mesure que l'Association connaît une plus grande expansion, il est naturel de s'attendre à ce qu'elle veuille s'affirmer. Sans prétendre voir dans ce dessein une manifestation des tendances séparatistes de la province, le conseil a cru bon en l'adoptant à la quasi-unanimité [...] de suivre l'exemple de la plupart des autres provinces et de s'identifier comme un organisme provincial et autonome²²³.

²¹⁹ *L'Union Médicale du Canada*, vol. 89 (avril 1960) p. 418.

²²⁰ *CMAJ*, vol. 86, no 10 (10 mars 1962), p. 4.

²²¹ *L'Union Médicale du Canada*, vol. 91 (avril 1962), p. 349 ; vol. 91 (septembre 1962), p. 126, 242.

²²² *Gazette officielle de Québec*, vol. 92, no 23 (4 juin 1960), p. 2426,

<https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/2359188> (Page consultée le 10 juillet 2021)

²²³ *CMAJ*, vol. 86, no 1 (6 janvier 1962), p. 8-1.

Au Québec, le principal effet est d'accentuer la prétention de la section provinciale à agir comme unique porte-parole des médecins, au grand dam de l'AMLFC comme on le verra.

Lors des audiences québécoises de la commission Hall, en avril 1962, la section québécoise de l'AMC (devenue l'AMPQ) et l'AMLFC déposent finalement des mémoires séparés. C'est un choix politique de la part de l'AMC car on avait envisagé d'agir autrement : en novembre 1961, lors de la même réunion qui détermine le choix du changement de nom, un membre francophone de l'exécutif de l'AMC-Q, le Dr J. Cartier, suggère un mémoire commun mais le reste de l'exécutif estime « préférable de s'en tenir aux premières décisions²²⁴ ». En agissant ainsi, l'AMC-Q refuse de partager le rôle de porte-parole avec l'AMLFC en avril 1962, alors qu'il l'avait pourtant fait en 1961. La manœuvre a un effet profond car, aux audiences de la commission, le mémoire de l'AMLFC n'est pas considéré par les commissaires qui accueillent le mémoire de l'AMC-Q/AMPQ comme représentatif de l'ensemble des médecins québécois. Les circonstances de ce refus sont nébuleuses, mais il semble que les représentants de l'AMC aient incité cet arbitrage en orchestrant le dépôt des mémoires d'une façon défavorable au document de l'AMLFC²²⁵. Roma Amyot qualifie ainsi le résultat : « Le volumineux mémoire [de l'AMLFC] fut littéralement ignoré. On y fit aucun commentaire, aucune discussion ne fut même amorcée²²⁶ ». Ce rejet, on l'a vu, est reçu comme une gifle par l'AMLFC qui se voit dépouillée de son rôle de représentation. Roma Amyot publie, à chaud, une vive réaction dans les pages de l'*UMC* :

Ce contraste, cette indifférence à notre égard, qui marquaient pour le moins un manque de la plus élémentaire civilité et un comportement provoquant dans la forme, humilièrent profondément, et à bon droit, nos délégués. Et voici qu'une œuvre de mérite dont doit être la majorité de nos confrères de Québec a été passée sous silence... Le geste est accompli. Ce n'est pas l'Association qui souffrira en définitive de cette maladresse, mais bien plutôt cette cause de la bonne entente si souvent formulée, mais bien mal recherchée par les actes. Et il reste le souvenir. Il demeurera cuisant, douloureux. Et il reste aussi ce qu'en penseront tous les confrères de

²²⁴ *CMAJ*, vol. 86, no 1 (6 janvier 1962), p. 8-1.

²²⁵ *CMAJ*, vol. 85, no 12 (16 septembre 1961), p. 3 : « It was agreed to send two representatives to the Royal Commission when it will sit in Montreal, Dr Victor Goldbloom and Dr Normand Béliveau ».

²²⁶ *L'Union Médicale du Canada*, vol. 91 (mai 1962), p. 481.

Québec, les vrais, ceux qui désirent l'essor de notre Association et qui devront se grouper autour d'elle encore plus unis pour grandir son influence et la soutenir dans sa mission professionnelle et culturelle²²⁷.

2. 1962-1969 : LE RAPPORT HALL ET LE PARACHÈVEMENT DE L'ASSURANCE-SANTÉ

L'année 1962 est un moment charnière pour la saga des assurances santé, tant au Québec que sur la scène fédérale. Au Québec, l'État provincial resserre son contrôle sur l'organisation des soins en adoptant la *Loi des hôpitaux* en juin 1962, qui exige des hôpitaux qu'ils respectent différentes normes et qu'ils se donnent des conseils d'administration dominés par les médecins. Cette loi découle du plus grand interventionnisme qui anime l'État québécois depuis 1960, mais elle répond surtout au défi qu'a engendré l'entrée en vigueur de l'assurance-hospitalisation au début de 1961²²⁸. Sur la scène fédérale, la poursuite des travaux de la commission Hall, qui complète sa tournée canadienne en mai 1962 et qui remet son premier rapport en juin 1964, a pour effet de déplacer progressivement, à nouveau, le centre de gravité des politiques de santé vers les arènes provinciales dans la seconde moitié de la décennie, affectant ainsi les politiques de représentativité des associations médicales.

Au début de la décennie, l'AMC affirme entretenir une relation de proximité auprès des décideurs fédéraux. En juillet 1960, un député fédéral qui est aussi médecin décrit cette relation dans le *Journal de l'AMC* comme une « effective liaison » avec le ministère fédéral de la Santé et des Services sociaux, avec un accès à des « top Civil Service officials²²⁹ ». Comme le travail de l'AMC auprès du pouvoir exécutif lui paraît déjà satisfaisant, ce député-médecin suggère d'y ajouter des approches envers les membres du parlement pour les convaincre des « dangers and the effects of a government-

²²⁷ *Ibid.*

²²⁸ Julien Prud'homme, « De la commission Parent aux réformes de la santé et au Code des professions. Les continuités de la ‘longue’ Révolution tranquille, 1961-1974 », *Recherches sociographiques*, vol. 53, no 1 (2012), p. 83-102.

²²⁹ *CMAJ*, vol. 83, no 3 (16 juillet 1960), p. 123.

run medical scheme²³⁰ ». L'AMC décrit d'ailleurs comme une réussite l'organisation par le gouvernement fédéral de la commission Hall²³¹.

Contrairement à l'épisode du comité Heagerty, l'AMC ne jouit pas d'un statut formel particulier auprès de la commission Hall. Ainsi, « seulement » deux médecins siègent à ce comité et ils y auraient peu de poids²³². Cependant, selon Naylor, la position de l'association serait en fait plus avantageuse qu'à l'époque du comité Heagerty :

The profession's relations with the commissioners were not as close as those with the Heagerty Committee had been during the 1940's, nor did the CMA have informal ties of the sort developed with doctors on the Special Committee on Social Security in 1943-4. But in other respects, its position was stronger. Both Baltzan and van Wart [les deux médecins siégeant sur le comité Hall] were former leaders of organized medical groups. As well, the CMA had powerful allies in the business community, a clear plan of action, and a framework of agencies in place which made its approach feasible²³³.

Comme on l'a vu, l'AMC croit en mener si large auprès de la commission Hall qu'elle s'autorise une attitude cavalière envers l'AMLFC, provoquant la colère de Roma Amyot. Pourtant, les exigences de fond des deux associations se recoupent de plusieurs façons : contrôle autonome des soins par les médecins, maintien des priviléges professionnels, maintien d'un marché privé, respect des compétences provinciales et gestion du régime par un organisme mixte plutôt que par l'État²³⁴.

La situation politique de l'AMC change toutefois après 1962. À l'élection fédérale d'avril 1963, le Parti libéral de Lester B. Pearson, avec l'aide d'une garde rapprochée de jeunes technocrates providentialistes²³⁵, prend le pouvoir en faisant du parachèvement de l'assurance-maladie une de ses promesses phares. La mise en place d'une assurance-maladie plus complète semble ensuite si certaine que le ministère fédéral de la Santé,

²³⁰ *Ibid.*

²³¹ *CMAJ*, vol. 83, no 26 (24 décembre 1960), p. 1393-1394 ; vol. 84, no 4 (28 janvier 1961), p. 231.

²³² Naylor, *Private practice, public payment*, p. 224.

²³³ *Ibid.*, p. 218.

²³⁴ Mémoire de l'AMLFC pour la commission Hall : *L'Union Médicale du Canada*, vol. 91 (mai 1962), p. 490-519.

²³⁵ Penny Bryden, *Planners and Politicians. Liberal Politics and Social Policy, 1957-1968*, Montréal / Kingston, McGill-Queen's University Press, 1997, 233 p.

dirigé par Judy LaMarsh, effectue des préparatifs actuariels et développe un mécanisme de partage des coûts avant même que le rapport Hall soit déposé²³⁶. La commission dépose le premier tome de son rapport le 19 juin 1964²³⁷, soit tout juste quelques jours avant le congrès annuel de l'AMC et sans prévenir celle-ci. Ce dépôt prend l'AMC de court, remettant en question la qualité de ses contacts avec les décideurs fédéraux. Pour ajouter à l'aspect déstabilisant de l'évènement, les premiers exemplaires du rapport ne sont disponibles qu'en français²³⁸!

Avec ses recommandations d'inspiration keynésienne, le premier tome offre pratiquement au gouvernement Pearson une carte routière pour livrer sa promesse électorale. Pour l'AMC, le rapport Hall est une douche froide – Naylor y voit « a body blow for the medical profession and the insurance industry²³⁹ ». De façon générale, la commission laisse intacts les droits et prérogatives des médecins individuels. Par contre, elle s'attaque aux institutions de la profession, soulignant l'impossibilité des collèges provinciaux de défendre à la fois les intérêts de leurs membres et celui du public, ce qui remet en cause la base associative de l'AMC dans certaines provinces anglophones. De plus, le rapport recommande la fin de la pratique du « sliding scale », la formule de paiement à géométrie variable selon le revenu du patient, dont le maintien est une exigence traditionnelle de la profession. Son élimination rendrait l'assurance publique incompatible avec le droit du médecin de moduler ses honoraires, du moins tout en participant au programme public. La souplesse avec laquelle un médecin peut participer ou non au programme public devient donc un enjeu important. Or, le rapport remet aux provinces la responsabilité de préciser les modalités qui régiront le droit du médecin d'œuvrer en marge du plan public. À lui seul, cet enjeu déplace un pan important des luttes médicales sur le terrain des provinces²⁴⁰.

²³⁶ Dan Gallacher, *Making Medicare : The history of health care in Canada, 1914-2007*, [En ligne], <https://www.historymuseum.ca/cmc/exhibitions/hist/medicare/medic-5h18e.html>, (Page consultée le 12 juillet 2021) ; Taylor, *Health Insurance and Canadian Public Policy*, p. 352-354

²³⁷ Naylor, *Private practice, public payment*, p. 221.

²³⁸ *Ibid.*, p. 223.

²³⁹ *Ibid.*, p. 221.

²⁴⁰ *Ibid.*, p. 220-223.

L'AMC accueille le rapport avec prudence, en soulignant certains gains tout en critiquant les éléments auxquels elle s'oppose : « the C.M.A applauds and approves most of the recommendations in the Commission's Report but reserves the right to differ with the proposals to establish monopolistic, compulsory, tax-supported plans for the financing of personal health services²⁴¹ ». Dans le *Journal*, notamment dans la rubrique « News and Views on the economics of medecine » animée par le secrétaire générale B.E. Freamo, on multiplie les critiques²⁴². On cible tout particulièrement les recommandations sur le mode de rémunération²⁴³ et trois autres « major problems²⁴⁴ » identifiés au conseil général de l'AMC de janvier 1965, soit le caractère obligatoire et donc universel de l'assurance (« compulsion »), le remboursement exhaustif des soins couverts qui interdit la surfacturation (« comprehensivnes of benefits ») et l'absence de contribution supplémentaire à l'acte de la part du patient (« patient participation »).

L'AMC utilise ses comités pour continuer le combat politique. Le plus important est le Special Committee on Prepaid Medical Care qui agit de concert avec l'Ontario Medical Association, très militante dans le dossier. Voyant que l'alliance avec TCMP risque de ne pas porter fruit, l'AMC radicalise sa position et, durant l'année 1964, s'oppose à tout plan prévoyant un tiers-payeur unique, que l'administrateur soit public ou privé. Cette évolution montre que, le revenu des médecins semblant assuré, l'AMC se préoccupe désormais davantage de préserver l'autonomie de ceux-ci²⁴⁵.

L'AMLFC réagit aussi au premier tome du rapport Hall en 1962. Elle reprend ce qui est alors la position commune de la profession médicale canadienne : tout en reconnaissant la nécessité d'une certaine implication du gouvernement, elle s'oppose à

²⁴¹ *CMAJ*, vol. 91, no 2 (11 juillet 1964), p. 84.

²⁴² *CMAJ*, vol. 92, no 1 (2 janvier 1965), p. 45-46 ; vol. 92, no 5 (30 janvier 1965), p. 245-246 ; vol. 93, no 3 (14 août 1965), p. 229-230 ; vol. 94, no 1 (1^{er} janvier 1966), p. 51-52 ; vol. 95, no 19 (5 novembre 1966), p. 980-981.

²⁴³ *CMAJ*, vol. 92, no 3 (16 janvier 1965), p. 149-150.

²⁴⁴ *CMAJ*, vol. 92, no 7 (13 février 1965), p. 389-390.

²⁴⁵ L'Ontario Medical Association (OMA) critique depuis 1958 le pouvoir croissant de TCMP, qui fait craindre l'émergence dans les provinces de quasi-monopoles privés de l'assurance, guère plus désirables selon elle qu'un assureur public. En 1964, elle convainc l'AMC de privilégier un plan calqué sur celui de l'Australie, dans lequel l'argent public peut passer par une multitude de petits et moyens assureurs privés, Naylor, *Private practice, public payment*, p. 223-232.

« l'étatisation de la médecine ; car l'étatisation de la médecine irait à l'encontre de l'objectif fixé²⁴⁶ » en minant l'autonomie professionnelle. De plus, l'AMLFC insiste davantage que l'AMC sur le fait qu'un éventuel régime d'assurance maladie doit être de juridiction provinciale.

Le premier tome du rapport Hall et l'ébranlement des certitudes de l'AMC favorisent la reprise d'une collaboration entre l'AMC et l'AMLFC. Celle-ci reste limitée. En août 1964, des représentants de l'AMC, de l'AMLFC, du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et du Collège de pratique générale du Canada se réunissent à Toronto pour étudier certaines portions du rapport Hall, mais surtout et « plus particulièrement celles concernant la recherche et l'enseignement médical au Canada²⁴⁷ ». Il ne s'agit donc pas de se coordonner sur la question des assurances. L'AMLFC, qu'on invite à cause des enjeux d'autonomie provinciale liés à l'enseignement médical, y trouve quand même matière à se présenter comme un acteur politique significatif. Au terme des échanges, Pierre Smith, le directeur des relations externes de l'AMLFC, écrit dans l'*UMC* que « la priorité dans l'ordre de réalisation des recommandations du rapport Hall doit être accordée à l'enseignement médical, à la recherche médicale et à l'octroi de bourses d'études²⁴⁸ », c'est-à-dire l'octroi de ressources à des institutions provinciales ou locales. Puis, après que le second tome du rapport Hall, paru en janvier 1965, eût à nouveau rejeté les objections de l'AMC, Roma Amyot signe deux textes²⁴⁹ dans lesquels il insiste sur l'importance de l'unité de la profession comme rempart contre la mainmise de l'État sur la médecine ; ce plaidoyer, dans le contexte qu'on connaît, souligne en fait surtout le manque de solidarité témoigné par l'AMC et les mauvais résultats politiques qui en découlent²⁵⁰.

En effet, ce deuxième tome du rapport Hall confirme les orientations universalistes du projet d'assurance, bien accueilli par le premier ministre Pearson qui le propose aux

²⁴⁶ *L'Union Médicale du Canada*, vol. 91 (mai 1962), p. 489.

²⁴⁷ *L'Union Médicale du Canada*, vol. 93 (juillet 1964), p. 1177 ; vol. 93 (octobre 1964), p. 1246.

²⁴⁸ *L'Union Médicale du Canada*, vol. 93 (juillet 1964), p. 1177.

²⁴⁹ *L'Union Médicale du Canada*, vol. 94 (janvier 1965), p. 145-147.

²⁵⁰ *L'Union Médicale du Canada*, vol. 94 (juin 1965), p. 813.

provinces sous forme de plan conjoint à la conférence fédérale-provinciale de juillet 1965. Le plan dépendra donc de l'adhésion des provinces qui devront aussi en préciser les règles de gestion, encore à négocier. L'AMC le comprend bien et, dans un « policy document » paru en juin 1965, elle commence déjà à insister sur le respect de l'autonomie provinciale²⁵¹.

Mais pour cela, l'AMC ne peut plus ignorer le rôle des associations provinciales et de l'AMLFC en particulier. Elle constitue avec l'AMLFC un « Advisory committee to the federal government » sur lequel siègent deux membres de l'association francophone et qui entame en septembre 1965 une correspondance avec la ministre La Marsh, aussitôt relayée dans les pages du *Journal de l'AMC*²⁵². Le comité s'oppose toujours à l'aspect universel et obligatoire du régime. Il s'oppose aussi à l'exigence du fédéral que les provinces confient l'administration du régime à des organismes contrôlés par les États : l'AMC préfèreraient confier la gestion du régime à des organismes mixtes où siégeraient des médecins et des assureurs, et le comité AMC-AMLFC demande à Ottawa de laisser cette décision aux provinces au nom de l'autonomie provinciale.

Les demandes du comité restent cependant lettre morte et le gouvernement Pearson dépose un projet de loi en juillet 1966. En septembre, voyant que le projet de loi stagne et que Pearson est pressé d'instaurer l'assurance-maladie pour le centenaire de la Confédération, l'AMC tente sa chance une dernière fois en proposant une formule limitée aux patients indigents. Cette ultime tentative se bute à un barrage des mandarins du ministère de la Santé et la loi est finalement adoptée en décembre 1966. Devant ce résultat, le président de l'AMC annonce à son comité exécutif que le prochain front sera la négociation des modalités d'application de l'assurance-maladie, comme la rémunération des médecins ou l'autonomie des médecins non-participants, c'est-à-dire des choix politiques qui reviennent désormais aux provinces²⁵³.

²⁵¹ Naylor, *Private practice, public payment*, p. 232-241.

²⁵² *CMAJ*, vol. 93, no 15 (9 octobre 1965), p. 1-4.

²⁵³ Naylor, « Private practice, public payment... », p. 237-243.

2.1 Les répercussions du rapport Hall au Québec (1962-1969)

Amené par les évènements à s'investir dans le domaine de la santé, le gouvernement Lesage cherche après 1961 à identifier ses interlocuteurs légitimes dans ce domaine, notamment pour la profession médicale. Cette recherche est compliquée pour deux raisons. D'une part, au Québec, le seul groupe qui réunit l'ensemble de la profession est le Collège des médecins. Or, la légitimité du Collège vient de son rôle de protection de l'intérêt public et, vu l'ampleur des enjeux économiques, cette mission semble de plus en plus incompatible avec la défense des intérêts financiers des médecins²⁵⁴. D'ailleurs, le rapport Hall souligne cette contradiction en 1964 et recommande de l'éviter. D'autre part, comme on le sait, la profession est beaucoup plus divisée au Québec qu'ailleurs. Le projet fédéral d'assurance-maladie stimule tout particulièrement la tension déjà existante entre les omnipraticiens et les spécialistes, qui ne sont pas favorisés par les mêmes modes de rémunération. Les omnipraticiens dénoncent l'incapacité du Collège à défendre leur intérêt et forment en janvier 1963 leur propre groupe, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), afin d'assumer la négociation avec l'État. Les spécialistes, déjà regroupés selon leurs spécialités, forment leur propre fédération en juillet 1965 pour défendre leur intérêt économique. Ce clivage entre spécialistes et généralistes affecte l'ensemble des associations médicales qui, d'une façon ou d'une autre, se trouvent à prendre parti dans ce conflit²⁵⁵.

On se rappelle que, dès 1956, l'AMLFC avait pris la défense des omnipraticiens en critiquant le Collège pour son implication dans l'accréditation des spécialistes. Dans un texte publié dans le bulletin de l'AMLFC, un fascicule reproduit dans *l'Union médicale*, Édouard Desjardins, président du conseil d'administration de l'UMC et qui deviendra rédacteur en chef en 1970, sermonnait alors le Collège des médecins pour avoir accéléré ce processus de spécialisation : « Au Collège des Médecins... Un geste très

²⁵⁴ Denis Goulet, *Histoire du Collège des médecins du Québec, 1847-1997*, Montréal, Collège des médecins du Québec, 1997, p. 121-128; 169-171.

²⁵⁵ « Naissance et développement des groupes de pression dans le domaine médical : des sociétés aux fédérations de médecins, 1961-1991 », Savard et Boivin (dir.), *De la représentation à la manifestation*, p. 169-183.

discutable a été posé, alors qu'une avalanche de certificats de spécialistes ont été décernés en toute dernière heure. Geste qui en quinze jours, a anéanti une œuvre de cinq ans. Que le Collège donne un coup de barre et reprenne la voie qu'il s'était tracée²⁵⁶ ».

En juillet 1964, le rédacteur en chef de l'Union médicale, Roma Amyot livre encore un vibrant plaidoyer à la défense des omnipraticiens. Il célèbre le succès de la FMOQ à faire valoir leurs intérêts : « On est jamais aussi bien servi que par soi-même²⁵⁷ ». Amyot rappelle surtout que l'appui de l'AMLFC et de l'UMC aux omnipraticiens ne date pas d'hier : « Depuis sa fondation, notre Journal et l'Association dont il est le Bulletin ont soutenu [...] les omnipraticiens parce qu'ils ont cru qu'en agissant ainsi ils servaient l'intérêt d'une bonne médecine par des soins sagement partagées²⁵⁸ ».

Au début de 1965, l'écosystème médical québécois s'est donc clairement reconfiguré autour de l'opposition entre généralistes et spécialistes. Les groupes provinciaux qui se veulent représentatifs de l'ensemble de la profession, comme le Collège des médecins, l'AMLFC et l'AMC-Q/AMPQ, doivent s'adapter à cette réalité même s'ils ne savent pas toujours comment. En novembre 1965, Édouard Desjardins évoque le besoin d'adaptation du Collège qui entend se retirer du militantisme politique : « on doit repenser nos structures », cesser « l'opposition systématique » à la socialisation de la médecine et refaire du Collège le garant de l'intérêt public plutôt que de celui des médecins : « Le temps est révolu de la suprématie du corporatif sur le complexe social²⁵⁹ ». Le Collège réduit donc ses activités de porte-parole de la profession, du moins dans les dossiers ouvertement politiques²⁶⁰.

Dans ce nouvel écosystème, l'AMLFC espère jouer un rôle fédérateur, malgré la dissension idéologique de la FMOQ qui appuie l'idée d'un plan d'assurance universel et obligatoire²⁶¹. Dans l'*Union médicale*, le syndicalisme médical est présenté sous un bon

²⁵⁶ *L'Union Médicale du Canada*, vol. 85 (novembre 1956), p. 1-3.

²⁵⁷ *L'Union Médicale du Canada*, vol. 93 (juillet 1964), p. 1169.

²⁵⁸ *L'Union Médicale du Canada*, vol. 93 (juillet 1964), p. 1170.

²⁵⁹ *L'Union Médicale du Canada*, vol. 94 (novembre 1965), p. 1586.

²⁶⁰ Goulet, *Histoire du Collège des médecins*, p. 135s.

²⁶¹ Naylor, *Private practice, public payment*, p. 220.

jour, comme la suite logique de la réorganisation de la scène médico-professionnelle au Québec : « L'ère est à la médecine de groupe et à l'union de tous les médecins²⁶² ». En février 1964, Gilles Leduc, de l'Association des Bureaux médicaux des hôpitaux de la Province de Québec, évoque dans l'*UMC* la possibilité de regrouper son association avec la FMOQ et les spécialistes dans un comité consultatif du Collège, selon une formule qui réserverait à l'AMPQ et à l'AMLFC un rôle d'intermédiaires entre les médecins, le Collège et l'État²⁶³. Ce projet ambitieux ne se concrétise pas. En 1966, Édouard Desjardins signe un texte en faveur, cette fois, d'une syndicalisation à l'échelle canadienne, où l'AMLFC fédérerait les médecins canadiens-français québécois et hors Québec²⁶⁴. Malgré cette ouverture au syndicalisme, on n'hésite toutefois pas, dans l'*UMC*, à dénoncer ce qu'on considère comme ses excès, soit la grève en milieu hospitalier, que ce soit de la part de médecins (comme la grève des radiologues québécois de l'été 1961) ou d'employés d'hôpitaux. Qualifiant la grève de menace à l'ordre social dans une société qui « flirte avec la socialisation », l'*UMC* critique l'apparente contradiction qu'entraîne « débrayage simultané d'un nombre imposant de spécialistes de la santé », de nature à la fois à « élargir et freiner les services sociaux²⁶⁵ ».

De son côté, l'AMC-Q adopte elle aussi une stratégie de soutien aux syndicats professionnels. En fait, la combativité de la FMOQ et (surtout) de la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) dans la défense des intérêts économiques de leurs membres devient un exemple aux yeux des dirigeants de l'AMC. Dans le *Journal de l'AMC*, le Dr Frank Turnbull de Vancouver écrit, en 1967 : « The Doctors of Quebec have displayed a striking ability to recognize the realities of the new political situation... We are eagerly waiting the progress of the Quebec experiment²⁶⁶ ». Le détail des articles parus dans la rubrique « News and Views on the Economics of Medicine » montre que la scène québécoise est surveillée de près : le Québec, avec l'Alberta, devient un contre-exemple

²⁶² *L'Union Médicale du Canada*, vol. 95 (janvier 1966), p. 133.

²⁶³ *L'Union Médicale du Canada*, vol. 93 (février 1964), p. 221-222.

²⁶⁴ *L'Union Médicale du Canada*, vol. 95 (janvier 1966), p. 133-135.

²⁶⁵ *L'Union Médicale du Canada*, vol. 95 (octobre 1966), p. 1127 ; vol. 97 (janvier 1968), p. 2.

²⁶⁶ *CMAJ*, vol. 97, no 25 (16 décembre 1967), p. 1521.

face à la situation en Saskatchewan, où les médecins se sont fait imposer, à l'automne 1962, un plan qui scandalise l'AMC²⁶⁷.

2.2 L'AMC de 1962 à 1969 : centralisation canadienne et dernier pari québécois

Comme on le voit, le dépôt du rapport Hall et la progression vers un programme universel d'assurance-maladie ont des conséquences sur la situation et sur les stratégies des différentes associations médicales. De 1962 à 1967, il devient progressivement clair que l'action politique des associations doit se réorienter vers l'échiquier provincial. Au Québec, par exemple, les choses se précipitent après le dépôt du second rapport Hall. Le gouvernement Lesage crée, en avril 1965, un comité de travail sur l'assurance-maladie, dirigé par Claude Castonguay, et manifeste, à la conférence fédéral-provincial de juillet 1965, son désir d'exercer une pleine autonomie dans la mise en œuvre du futur plan d'assurance-maladie en l'intégrant à une réforme plus globale du réseau de la santé. Après le dépôt du projet de loi fédéral en septembre 1966, le gouvernement québécois, maintenant dirigé par Daniel Johnson, institue en novembre la commission Castonguay pour planifier cette réforme, devenue un important projet. L'adoption de la loi fédérale en décembre 1966 renvoie définitivement la balle dans le camp des provinces, en leur permettant de mettre en œuvre le plan à partir du 1^{er} juillet 1968 et déterminer certaines de ses modalités.

Or, l'AMC exerce une influence inégale selon les provinces. Son influence est particulièrement faible au Québec en raison des clivages qui morcellent plus qu'ailleurs la scène médicale. L'AMC et sa section provinciale doivent donc encore réaménager leurs activités et leurs mécanismes décisionnels pour tenter une nouvelle ouverture envers les francophones.

De façon générale, l'AMC tente dès l'automne 1962 de resserrer ses liens avec ses divisions provinciales. En décembre 1962, le comité exécutif de l'AMC consacre déjà une rencontre à cet enjeu :

²⁶⁷ *CMAJ*, vol. 97, no 20 (11 novembre 1967), p. 1244A-B ; vol. 97, no 24 (9 décembre 1967), p. 1500A-B.

Representatives of all Divisions of the C.M.A. held a highly successful meeting at C.M.A. House on December 6 and 7, 1962, the basic purpose of which was to provide opportunity for free discussion of ways and means of improving relations and communications between Divisions, and between the Divisions and the C.M.A²⁶⁸.

L’absence de canaux de communication avec les lieux de décision médicaux du Québec continue de poser un problème particulier. Au congrès annuel de 1963, le Committee on Medical Education déplore que le Québec soit la seule province à ne pas fournir certaines données sur la mortalité infantile²⁶⁹. L’exécutif de l’AMC dit vouloir y remédier, mais le problème revient sur le tapis deux ans plus tard²⁷⁰.

Or, le problème finit par affecter des enjeux à caractère économique. En septembre 1967, un grief concerne le manque de données québécoises sur les technologues de laboratoire du fait que, contrairement aux autres provinces, le recensement découlant de l’opération de standardisation du Sub-Committee on Standards n’a pas été mené au Québec²⁷¹. Ces données sont nécessaires pour négocier et faire le suivi d’un élargissement récent de l’assurance-hospitalisation aux tests de laboratoires des patients externes²⁷². Dépourvue d’informations stratégiques, l’AMC a de la difficulté à agir sur cet enjeu qui se négocie à l’échelle provinciale. Ce même automne, l’AMC se fait plus aggressive et crée un « Special Committee on Medical Care » auquel participe un représentant du Québec²⁷³. Plus tôt la même année, B. E. Freamo, secrétaire exécutif de l’AMC avait réaffirmé l’importance d’une action conjointe reposant sur un échange d’information entre les divisions, afin que « each of our provincial divisions benefit from the experience of other divisions which have recently concluded negotiations, or are currently involved in discussions with their provincial governments²⁷⁴ ».

²⁶⁸ *CMAJ*, vol. 88, no 1 (5 janvier 1963), p. 50.

²⁶⁹ *CMAJ*, vol. 89, no 10 (7 septembre 1963), p. 478.

²⁷⁰ *CMAJ*, vol. 93, no 10 (4 septembre 1965), p. 503.

²⁷¹ *CMAJ*, vol. 97, no 11 (9 septembre 1967), p. 656.

²⁷² Gaumer, « Le système de santé... », p. 103-105.

²⁷³ *CMAJ*, vol. 98, no 1 (6 janvier 1968), p. 61.

²⁷⁴ *CMAJ*, vol. 96, no 3 (21 janvier 1967), p. 177 ; vol. 97, no 11, p. 637.

L'AMC cherche aussi à tirer profit de son implication passée auprès des spécialistes, avec plus ou moins de succès. En septembre 1967, l'exécutif de l'AMC invite un groupe de radiologues du Québec à exposer leurs griefs envers le gouvernement du Québec, qui a inclus sans préavis les services radiologiques à son futur plan d'assurance-maladie²⁷⁵. On expliquera ensuite dans le *Journal* comment ce conflit s'est réglé sans qu'aucun des deux camps ne puisse crier victoire²⁷⁶. Les approches auprès de la FMOQ sont encore moins concluantes. En décembre 1966, lors de la première rencontre du Special Committee on Family Practice de l'AMC, il est convenu qu'un des buts du comité sera de tisser des liens avec la FMOQ, mais sans trop de lendemain²⁷⁷. Une tentative de rapprochement plus importante survient en juillet 1969 lorsque l'AMPQ propose le projet de fusionner elle-même avec les deux fédérations, « into a single unified body²⁷⁸ ». Le projet échoue : on ignore comment les fédérations reçoivent la proposition mais, selon l'AMC, la refonte des lettres patentes nécessaire à cette fusion « denied general practitioners full active QMA and CMA membership privileges; therefore the Federation of General Practitioners decided not to join²⁷⁹ ».

La volonté de l'AMC de garder le contrôle des négociations malgré la provincialisation de celles-ci se manifeste aussi dans des réorganisations administratives. Au printemps 1965, l'AMC réquisitionne les services de relations publiques des plus grosses sections provinciales, dont celle du Québec : « The executive Committee approved a recommendation by the Staffing Committee that the B.-C., Ontario and Quebec Divisions be requested to make available the services of their Public Relations officials to work in co-operation with the CMA²⁸⁰ ». Les rencontres subséquentes avec les représentants des relations publiques témoignent d'une volonté de l'AMC de piloter de façon centralisée l'ensemble des pratiques d'influence à l'échelle des provinces, « [to]

²⁷⁵ *CMAJ*, vol. 97, no 14 (30 septembre 1967), p. 875-876 ; vol. 97, no 17 (21 octobre 1967), p. 1039.

²⁷⁶ *CMAJ*, vol. 97, no 24 (9 décembre 1967), p. 1500B.

²⁷⁷ *CMAJ*, vol. 96, no 2 (14 janvier 1967), p. 119.

²⁷⁸ *CMAJ*, vol. 101, no 9 (1^{er} novembre 1969), p. 21 ; *L'Union Médicale du Canada*, vol. 98 (août 1969), p. 1255.

²⁷⁹ *CMAJ*, vol. 101, no 9 (1^{er} novembre 1969), p. 21.

²⁸⁰ *CMAJ*, vol. 92, no 24 (12 juin 1965), p. 1279.

discuss ways and means whereby they can function most effectively in the interests of the Associations's public relations at the national level²⁸¹ ».

Un autre élan de centralisation concerne l'emplacement des quartiers généraux de l'AMC, qui avaient été centralisés à Toronto après le congrès annuel de 1954²⁸². L'enjeu refait surface au congrès annuel de 1967 : il est suggéré de relocaliser la « CMA House » à Ottawa, notamment pour faciliter l'accès aux membres francophones de la région Ottawa/Hull : « Dr. Mercer felt that our French-Canadian colleagues should be integrated into the CMA to a much greater degree than they are at the present and that this might be accomplished by a move to Ottawa²⁸³ ». La relocalisation est réalisée en 1969 et on fait flotter sur les nouveaux bureaux un drapeau québécois offert par la section du Québec, même si la direction de l'AMC demeure profondément anglophone²⁸⁴.

L'AMC essaie de maintenir des relations diplomatiques avec l'AMLFC – sinon par ses politiques, du moins par l'organisation de rencontres personnelles qui sont relayées dans le *Journal*. Ainsi, des délégués de l'AMLFC sont systématiquement invités aux congrès annuels. Ces politesses cachent toutefois mal l'absence de réelle coopération. Peu à peu, en 1962-1963, le *Journal* cesse de rendre compte des activités de l'AMLFC. Le comité de liaison AMC/AMLFC, qu'on avait reconduit à l'été 1962, est dissout à l'automne 1966, en marge d'une rencontre de l'exécutif de l'AMC. L'évènement est intéressant car les deux associations en donnent une lecture différente. Selon le secrétaire général de l'AMC, la décision s'impose tout naturellement car le comité ne se rencontrait que rarement : « As you know, in the past the CMA and l'Association have had a Liaison Committee which rarely met²⁸⁵ ». Par contre, dans une réponse tardive, le secrétaire-trésorier de l'AMLFC, le D^r Rolland Blais, se dit surpris d'une décision jugée unilatérale et qui met à mal la collaboration entre les associations : « Comme votre exécutif a décidé de ne plus nommer de représentants sur le *Comité de Liaison*, nous sommes en face d'un

²⁸¹ *CMAJ*, vol. 93, no 2 (10 juillet 1965), p. 88.

²⁸² *CMAJ*, vol. 71, no 1 (juillet 1954), p. 81.

²⁸³ *CMAJ*, vol. 97, no 11 (9 septembre 1967), p. 636.

²⁸⁴ *CMAJ*, vol. 74, no 8 (15 avril 1956), p. 664.

²⁸⁵ *CMAJ*, vol. 87, no 3 (21 juillet 1962), p. 146

fait accompli auquel nous ne pouvons faire autrement que nous soumettre. Nous agirons donc de même à l'avenir²⁸⁶ ».

Il est vrai qu'après l'accroc devant la commission Hall en 1962, la coopération entre l'AMLFC et l'AMC s'est repliée sur des tribunes de moindre envergure. Dans un premier temps, de 1962 à 1964, l'AMC continue de parrainer la participation de l'AMLFC à des comités techniques fédéraux. Parmi ces collaborations, on trouve des comités sur le cancer, sur les remboursements d'impôts, sur l'éducation médicale, sur la prescription, sur les hygiénistes dentaires et sur l'effectif médical²⁸⁷. De septembre 1963 à mars 1964²⁸⁸, le comité exécutif de l'AMC cherche aussi à inclure l'AMLFC dans un comité réunissant des représentants du Québec et de l'Alberta dans l'espoir de formuler une position commune sur l'assurance maladie²⁸⁹. Cependant, l'AMC est incapable d'asseoir l'AMC-Q et l'AMLFC à la même table. Cette froideur s'explique en partie par les rancœurs encore fraîches et par les clivages usuels entre les deux groupes (spécialistes contre omnipraticiens, francophones contre anglophones), mais aussi par leurs intérêts divergents en termes de représentativité. En effet, autant l'AMC a intérêt à coopter l'AMLFC pour consolider ses assises au Québec, autant ni sa section québécoise ni l'AMLFC n'ont intérêt à partager leur légitimité sur la scène provinciale.

L'AMC cherche donc aussi à s'ouvrir à la communauté médicale francophone sans passer par l'AMLFC. C'est la fonction d'un effort ostentatoire de promotion du bilinguisme, qui ne cible plus spécifiquement le Québec, comme ç'avait été le cas dans le passé. L'AMC produit beaucoup de matériel promotionnel à l'attention des médecins et s'assure d'en faire dans les deux langues. En 1961, sa campagne de recrutement auprès des étudiants de médecine prévoit des dépliants dans les deux langues²⁹⁰. Elle imprime aussi dans les deux langues des affiches murales que les médecins membres peuvent

²⁸⁶ *L'Union Médicale du Canada*, vol. 96 (décembre 1967), p. 1580. L'article précise que cette réplique de l'AMLFC vient tardivement.

²⁸⁷ *CMAJ*, vol. 98, no 11 (16 mars 1968), p. 564.

²⁸⁸ *CMAJ*, vol. 89, no 14 (5 octobre 1963), p. 729.

²⁸⁹ *CMAJ*, vol. 90, no 1 (4 janvier 1964), p. 41 ; vol. 90, no 15 (11 avril 1964), p. 941 ; vol. 89, no 10 (7 septembre 1963), p. 433.

²⁹⁰ *CMAJ*, vol. 90, no 16 (18 avril 1964), p. 992.

afficher dans leur bureau pour faciliter les échanges entre le patient et le médecin au sujet des honoraires (on appelle ces affiches des « PR aids »)²⁹¹. Le bilinguisme est aussi de mise pour la distribution de dépliants sur les dangers du tabagisme²⁹². Les articles du *Journal* qui touchent des sujets brûlants d'actualité, comme la commission Hall ou la « question de l'assurance de soins médicaux », paraissent plus systématiquement dans les deux langues²⁹³. Au congrès annuel de 1962, un amendement modifie les armoiries de l'AMC et son titre légal afin d'y ajouter un pendant bilingue, et la section québécoise fait de même au début de 1963²⁹⁴.

De façon plus cosmétique, le secrétaire général de l'AMC, A. D. Kelly, signe, en 1968 et en 1969, une série d'articles parsemés de titres, de mots ou d'expressions francophones comme « joyeux Noël », « ancien combattant » ou, parlant du Medicare, « Quelle folie ! »²⁹⁵. Il use du français pour ponctuer ses textes, associant de façon anecdotique la langue et l'enracinement au territoire en parlant du « joli lieu de ma naissance²⁹⁶ ». Le *Journal* profite de divers événements pour publier quelques textes francophiles. En 1965, une série de trois textes dresse un historique élogieux du journalisme médical canadien-français²⁹⁷. En novembre et décembre 1966, les péripéties de médecins anglophones dans un hôpital francophone sont présentées comme une aventure enrichissante, qui « provides an exciting crosscultural experience²⁹⁸ ». En 1967, l'AMC célèbre les centenaires de l'Association et du Canada en organisant son congrès à Montréal, ville natale de l'AMC, et profite de l'occasion pour louanger la culture canadienne-française, le respect des deux langues et le charme unique de la ville de Québec. Une *soirée canadienne* avec ceinture fléchée et musique folklorique est un événement marquant des célébrations²⁹⁹. Ces symboles anecdotiques de la bonne entente

²⁹¹ *CMAJ*, vol. 83, no 17 (22 octobre 1960), p. 918 ; vol. 88, no 23 (8 juin 1963), p. 1177.

²⁹² *CMAJ*, vol. 95, no 21 (19 novembre 1966), p. 1100.

²⁹³ *CMAJ*, vol. 88, no 1 (5 janvier 1963), p. 57-58 ; vol. 88, no 7 (16 février 1963), p. 385-386.

²⁹⁴ *CMAJ*, vol. 87, no 9 (1^{er} septembre 1962), p. 451 ; vol. 88, no 11 (16 mars 1963), p. 9.

²⁹⁵ *CMAJ*, vol. 98, no 11 (6 janvier 1968), p. 60 ; vol. 98, no 6 (10 février 1968), p. 325-326 ; vol. 101, no 6 (20 septembre 1969), p. 369.

²⁹⁶ *CMAJ*, vol. 98, no 13 (30 mars 1968), p. 656.

²⁹⁷ *CMAJ*, vol. 92, no 8 (20 février 1965), p. 424-425 ; vol. 92, no 10 (6 mars 1965), p. 534-535 ; vol. 92, no 12 (20 mars 1965), p. 628-630.

²⁹⁸ *CMAJ*, vol. 95, no 20 (12 novembre 1966), p. 1042 ; vol. 95, no 25 (17 décembre 1966), p. 1324.

²⁹⁹ *CMAJ*, vol. 97, no 11 (9 septembre 1967), p. 612.

linguistique, sans grande conséquence politique ou scientifique, sont le principal visage de l'effort de l'AMC pour attirer les francophones et rehausser sa légitimité.

Mais, à mesure que les tribunes provinciales reprennent de l'importance, ces initiatives ne suffisent plus. Pour la première fois, des dirigeants de l'association s'inquiètent de la francisation du chapitre québécois lui-même. De la même façon que l'AMCJ, l'AMPQ, au début de 1963, fait refaire ses armoiries et en profite pour que celles-ci revêtent un titre bilingue³⁰⁰. En 1964, lors de la 26^e réunion annuelle de la division, le président de l'AMC-Q ou « AMPQ » comme on le dit souvent, Émile Coté, livre un plaidoyer pour l'union de la profession sur les bases de la bonne entente linguistique. Faisant référence aux 6348 médecins pratiquant au Québec il affirme : « only 2700 belong, to date, to the Quebec Medical Association – not even 50 % of the total. Of the English –Speaking doctors of the province, 75 % are members while only 30 % of the French speaking belong to the Association³⁰¹ ».

Malgré les professions de foi, le bilinguisme à l'AMC se bute à la réalité. Plusieurs comités sont incapables de s'ouvrir au français. La refonte du code d'éthique de l'AMC (amorcée « since the the code was last printed approximatley three years ago ») paraît en anglais seulement en 1963, tandis que la version française se fait toujours attendre : « The French edition is in the process of preparation for printing³⁰² ». La même année, lors du congrès annuel, le Committee on Medical Education se désole que l'examen d'évaluation de qualification des étudiants étrangers ne soit offert qu'en anglais³⁰³. En 1964, dans le cadre des préparatifs du programme scientifique du congrès annuel, l'offre de traduction simultanée se bute à des considérations économiques étant donné les « frais importants du service de traduction³⁰⁴ ». C'est aussi à ce congrès de 1964 que le dépôt imprévu du rapport Hall en version uniquement française déconcerte les dirigeants de l'AMC, rappelant à quel point l'association peine à traduire des documents en temps opportun. Au

³⁰⁰ *CMAJ*, vol. 88, no 11 (16 mars 1963), p. 9.

³⁰¹ *CMAJ*, vol. 90, no 16 (18 avril 1964), p. 990.

³⁰² *CMAJ*, vol. 88, no 22 (1er juin 1963), p. 1129.

³⁰³ *CMAJ*, vol. 89, no 10 (7 septembre 1963), p. 475.

³⁰⁴ *CMAJ*, vol. 90, no 5 (1^{er} février 1964), p. 4.

Journal, on a vu en 1960 comment le départ d'un seul francophone, Maurice Dufresne, avait privé la revue de résumés d'articles en français; or, en 1968, la situation se répète et l'AMC-Q ne délègue aucun nouveau correspondant pour assurer la section québécoise de la rubrique « Provincial News » du *Journal*³⁰⁵. Dans ces conditions, la section provinciale de l'AMC, qui avait tiré son épingle du jeu auprès d'acteurs fédéraux comme la commission Hall, peut difficilement prétendre jouer un rôle de représentation sur la scène québécoise.

2.3 L'AMLFC de 1962 à 1969 : « F » comme « Français » ou comme « Fin d'un âge d'or » ?

Pour l'AMLFC, le début des années 1960 est turbulent. Alors que la situation politique s'accélère, l'AMLFC cumule les échecs. Le fait d'avoir été ignorée lors du passage de la commission Hall est vécu comme une humiliante défaite³⁰⁶. D'ailleurs, le changement de nom de l'AMC-Q, devenue l'AMPQ, irrite l'AMLFC qui redoute une confusion parmi les médecins. Dès juillet 1963, le directeur des relations extérieures, Pierre Smith, publie dans l'*UMC* une mise au point à l'intention des membres :

On a attiré notre attention sur le fait qu'une association autre que la nôtre porte maintenant le titre l'Association Médicale de la Province de Québec Inc. [...] pour éviter toute confusion [...] notre propre filiale québécoise porte le nom de la Filiale du Québec de l'Association de Médecins de Langue Française du Canada³⁰⁷.

Le risque de confusion paraît d'autant plus grave que l'émergence des fédérations d'omnipraticiens et de spécialistes risque de laisser peu de place à l'AMLFC. L'association n'abandonne pas ses ambitions de représentativité, mais elle change de stratégie par rapport à la période 1956-1962. Elle réinvestit la défense du français comme axe d'action et adapte ses structures à la nouvelle réalité. Cette réalité, c'est qu'elle veut rester le défenseur d'une médecine « nationale » canadienne-française, mais que la scène pancanadienne est devenue inaccessible pour elle et, après 1962, devient progressivement

³⁰⁵ *CMAJ*, vol. 99, no 9 (7 septembre 1968), p. 451.

³⁰⁶ *L'Union Médicale du Canada*, vol. 91 (mai 1962) p. 481.

³⁰⁷ *L'Union Médicale du Canada*, vol. 92 (juillet 1963), p. 739.

moins pertinente sur le plan des politiques de santé. Il devient alors clair que le contexte de la Révolution tranquille lui ouvre une nouvelle voie, qui est de conjuguer la défense du français et la défense de ses membres au Québec dans le cadre des politiques sanitaires et linguistiques provinciales. Dès septembre 1962, l'*UMC* publie un autre texte de Pierre Smith qui, à titre de d'officier de l'*AMLFC*, fait le parallèle entre « les médecins canadiens de langue française [et] la montée culturelle du Québec³⁰⁸ ». Il accueille favorablement la création de l'*Office de la langue française* qui offre « un excellent moyen de mener le combat du langage médical³⁰⁹ ». En janvier 1963, l'*UMC* soutient la création de l'*Association canadienne-française* de périodiques incorporés, qui doit protéger les publications médicales canadiennes-françaises en se concentrant sur l'espace québécois : « Elle est due à l'effort de plusieurs éditeurs canadiens-français qui ont compris qu'une campagne systématique semble organisée pour faire disparaître du Québec toute publication francophone³¹⁰ ». Dès 1962-1963, les dirigeants de l'*AMLFC* et de l'*UMC* entendent ainsi s'inscrire dans le courant de la Révolution tranquille, qui crée dans l'espace québécois une convergence entre la lutte nationale et des politiques propres au providentialisme³¹¹.

Comme d'autres, les dirigeants de l'*AMLFC* sont encore ambivalents quant à l'« espace national » (est-il canadien ou québécois ?) qu'ils peuvent occuper grâce à la défense du français. Des textes parus dans l'*UMC* voient encore le français comme une façon de rayonner dans un Canada bilingue. Au début de 1963, Édouard Desjardins fait le parallèle entre la nature bilingue du Canada et la nature bilingue de la profession médicale canadienne; divers textes de 1964 rappellent aussi le bilinguisme fondateur de la médecine canadienne³¹². D'autres, comme Charles Lépine, sont plus ambigus : il appelle les médecins à épouser le mouvement « régénérateur et libérateur » qu'est la réaffirmation du fait français « en ce moment au Canada français », mais qui aura comme effet de

³⁰⁸ *L'Union Médicale du Canada*, vol. 91 (septembre 1962), p. 239-241

³⁰⁹ *Ibid.* : Rappelons que l'*Office* est alors un organisme au mandat plutôt technique, qui n'a pas toute la portée symbolique et politique qu'on lui connaît après 1976.

³¹⁰ *L'Union Médicale du Canada*, vol. 92 (janvier 1963), p. 135.

³¹¹ Lucia Ferretti, « La Révolution tranquille », *L'Action nationale*, vol. 89, no 10 (1999), p. 59-91.

³¹² *L'Union Médicale du Canada*, vol. 92 (janvier 1963), p. 123 ; vol. 93 (décembre 1964), p. 1570.

« transformer le visage [...] de notre province³¹³ ». En 1965, à son 35^e congrès, l'association recommande d'utiliser davantage d'ouvrages français dans l'éducation médicale au Canada : « L'AMLFC déplore que le manuel médical français ne soit pas davantage utilisé dans l'enseignement ; et qu'un vœu déjà exprimé par elle dans le même sens n'ait pas produit de résultat plus tangible³¹⁴ ». Au début, ces éloges et ces souhaits ne changent pas vraiment la donne politique.

Dès 1964, toutefois, l'AMLFC assume des revendications plus tranchées qui la rapprochent du mouvement nationaliste québécois. En juin 1964, l'AMLFC dépose un mémoire à la commission Laurendeau sur le bilinguisme et le biculturalisme³¹⁵. Elle émet le vœu que le Canada reconnaissse les deux communautés linguistiques, anglophone et francophone. Concrètement, surtout, elle remet en question l'exigence, pour les diplômés québécois accrédités par le Collège des médecins du Québec, de réussir un test additionnel pour obtenir un permis fédéral : pour l'AMLFC, un médecin généraliste du Québec n'a pas besoin de parler l'anglais, même s'il peut en aller différemment pour des spécialistes³¹⁶. En janvier 1966, la direction de l'AMLFC lance un appel à « tous les Canadiens-français [sic] », mais aussi au « caractère national de notre province³¹⁷ », un vocabulaire qu'on ne lui connaissait pas. En avril 1967, dans l'UMC, un médecin qui demande à l'association d'abandonner ses revendications linguistiques, de peur de passer pour « séparatiste », est vivement rabroué par Antonio Lecours, un officier en vue de l'AMLFC : « Nous connaissons trop bien l'insidiosité des moyens d'aliénation et des formes d'assimilation de notre langue en médecine [...] Si cette Association n'existant pas, il faudrait plus que jamais la fonder³¹⁸ ».

³¹³ « Une des classes professionnelles les plus aptes et dès lors les mieux désignées pour remédier aux insuffisances de notre langage, c'est la classe médicale. Sa formation hautement humaniste [...] lui impose des droits et des devoirs à cet égard », *L'Union Médicale du Canada*, vol. 93 (janvier 1964), p. 1039.

³¹⁴ *L'Union Médicale du Canada*, vol. 94 (décembre 1965), p. 1590.

³¹⁵ *L'Union Médicale du Canada*, vol. 94 (avril 1965), p. 551-559.

³¹⁶ *L'Union Médicale du Canada*, vol. 94 (avril 1965), p. 558.

³¹⁷ *L'Union Médicale du Canada*, vol. 95 (janvier 1966), p. 78.

³¹⁸ *L'Union Médicale du Canada*, vol. 96 (juin 1967), p. 764. Lecours est président de l'AMLFC en 1964-1965 et directeur général de 1968-1972 : Grenier, *100 ans de médecine francophone...*, p. 398, 403.

Devenue plus à l'aise dans le cadre national du Québec français, l'association, de toute façon, n'est pas devenue « séparatiste » pour autant. Lors de sa participation au Pavillon des Hommes de l'Expo 67, qu'elle prépare depuis 1964, elle tient un discours beaucoup plus sage, cantonné sur la contribution scientifique de la « Médecine canadienne-française », qu'on veut vanter à la francophonie internationale³¹⁹.

On peut néanmoins suggérer qu'entre 1965 et 1967, la direction de l'AMLFC prend acte de développements politiques qui éloignent Québec et Ottawa, ou à tout le moins qui déplacent les principales décisions politiques vers les provinces en matière de santé. À la conférence fédérale-provinciale de juillet 1965, Jean Lesage a menacé de se retirer des programmes à coûts partagés, comme il l'a fait dans le domaine des retraites ; en créant la commission Castonguay en novembre 1966, le gouvernement Johnson a indiqué qu'il prendrait son temps pour préparer le terrain à une mise en œuvre planifiée.

L'AMLFC suit ces développements mais, pour elle, constater la provincialisation de la décision en santé ne signifie pas d'adhérer aux politiques du Québec. En août 1967, le dépôt du premier tome du rapport Castonguay est ainsi vécu par l'AMLFC comme une autre déception. Les commissaires partagent beaucoup trop le penchant étatiste de Hall au goût des dirigeants de l'association : « Tout autre moyen, surtout s'il est basé sur la méfiance ou le mépris de la profession médicale, tel que manifesté dans le rapport Castonguay [...] ne peut qu'avoir des résultats désastreux³²⁰ ». Qu'on soit pour ou contre, cela dit, ce rapport incite les associations à vouloir s'approcher de l'action là où elle sera dans les années à venir, c'est-à-dire à Québec.

D'ailleurs, le premier tome du rapport Castonguay est aussi reçu froidement par le gouvernement Johnson, qui envisageait un régime mixte, public/privé, plus proche des souhaits des associations médicales. Johnson veut aussi retarder le jeu afin d'arracher des

³¹⁹ « La seule issue à notre isolement culturel et scientifique s'ouvre sur les autres pays de langue française, avec lesquels nous devrions entretenir des liens étroits, par tous les moyens possibles », *L'Union Médicale du Canada*, vol. 93 (janvier 1964), p. 1039 ; vol. 93 (juillet 1964), p. 814 ; vol. 97 (janvier 1968), p. 1-2.

³²⁰ *L'Union Médicale du Canada*, vol. 97 (janvier 1968), p. 62.

formes supplémentaires d'asymétrie au profit de l'autonomie québécoise³²¹. Rien n'est peut-être donc joué et l'AMLFC peut espérer influencer la future législation sur l'assurance-maladie complète au Québec. Cependant, la voie pour une action politique concrète est étroite. Multipliant les actions depuis 1965, les jeunes fédérations médicales s'imposent en effet de plus en plus sur la scène politique. D'août à septembre 1967, la FMSQ triomphe en coordonnant des grèves limitées de différentes spécialités médicales pour obtenir d'importants gains pour les radiologistes³²².

À ce moment, la redéfinition de l'écosystème médical québécois et le choix d'une action politique centrée sur la valorisation du français inspirent le besoin de changements structurels à l'AMLFC. Alors que quelques années plus tôt, l'association s'était réformée pour se donner une ampleur canadienne, on parle désormais d'adopter une charte provinciale pour faciliter l'action politique au Québec. En janvier 1967, le directeur général, Émile Blain, rend compte de la « décision du Conseil » de former une « Commission spéciale chargée d'étudier les structures de notre Association³²³ », un projet auquel on réserve une bonne somme d'argent. La charte provinciale est adoptée le 30 juin 1967 lors d'une assemblée extraordinaire³²⁴. Non sans débats, toutefois : dans les mois qui suivent, durant les délais de la procédure d'incorporation, des opposants au projet évoquent les limites d'une telle charte provinciale pour le rayonnement international de l'association³²⁵ et disent craindre l'impossibilité de conjuguer cette nouvelle identité juridique avec une charte fédérale et donc une action canadienne³²⁶. Malgré ces objections, l'adoption de la nouvelle charte est décrite dans l'UMC d'août 1968 comme l'aube d'« une ère nouvelle »³²⁷ qui transforme sa mission.

³²¹ Gaumer, *Le système de santé...*, p. 110-112 ; Taylor, *Health Insurance and Canadian Public Policy*, p. 390-394.

³²² Goulet, *Histoire du Collège des médecins...*, p. 181-183 ; Taylor, *Health Insurance and Canadian Public Policy*, p. 389-390.

³²³ *L'Union Médicale du Canada*, vol. 96 (janvier 1967), p. 11.

³²⁴ *L'Union Médicale du Canada*, vol. 96 (octobre 1967), p. 1258-1260.

³²⁵ *L'Union Médicale du Canada*, vol. 97 (janvier 1968), p. 51.

³²⁶ *L'Union Médicale du Canada*, vol. 97 (juillet 1968), p. 959.

³²⁷ *L'Union Médicale du Canada*, vol. 97 (août 1968), p. 1123, 1125.

À ce moment, par contre, il semble que l'orientation politique de l'AMLFC ait à nouveau changé. Le projet de charte a été réalisé de janvier à juin 1967 sous l'équipe, très politisée, qui tient les rênes de l'association depuis longtemps, dont le directeur général Émile Blain (en poste depuis 1950), le secrétaire général Rolland Blais (depuis 1959) et le rédacteur en chef de l'*UMC Roma Amyot* (depuis 1944)³²⁸. Au fil de 1968, cependant, tous ces officiers quittent leur poste, remplacés par une nouvelle équipe dirigeante qui ne partage pas leur enthousiasme quant à la capacité de l'association à s'imposer sur le plan politique. Antonio Lecours, qui remplacera Blain à la direction générale plus tard dans l'année, pose un rude pronostic dans un éditorial paru en avril 1968, dans lequel il plaide pour un repli hors des dossiers politiques, qui mettraient en danger l'association :

Pour une association comme la nôtre, la tentation est parfois forte de descendre dans l'arène des revendications et de prendre part à la bagarre. Mais les intérêts de chaque groupe sont si divers que même le syndicalisme peut difficilement parler au nom de tous, surtout sur le plan national où l'Association se situe. Il semble donc difficile, pour le moment, de faire par là l'union de la profession médicale ; et si l'Association, cédant aux pressions des groupes particuliers, prenant parti dans ce domaine, elle perdrat du coup la moitié de ses membres qui sont de l'opinion contraire³²⁹.

Après avoir tâché durant vingt-cinq ans de s'imposer sur la scène politique comme un représentant valable de la profession médicale auprès des États, l'AMLCF délaisse ainsi l'activisme politique en 1968. La concurrence croisée de la vieille AMC et des jeunes fédérations font apparaître la voie politique comme un cul-de-sac aux yeux de la nouvelle équipe de direction. En janvier 1969, l'*UMC* publie un texte programmatique qui tente d'esquisser l'action future de l'association, dans une vision un peu vague mais axée sur la culture et les échanges scientifiques :

Jusqu'ici, l'Association a bien rempli sa mission de survivance puis de coexistence des nôtres dans le monde médical canadien. Mais il lui faut désormais grandir, se dépasser et rayonner à l'échelle des autres groupements nationaux. Des programmes d'action [...] sont nécessaires pour assurer et maintenir ce nouvel élan³³⁰.

³²⁸ Grenier, *100 ans de médecine francophone*, p. 403, 405.

³²⁹ *L'Union Médicale du Canada*, vol. 97 (avril 1968), p. 645.

³³⁰ *L'Union Médicale du Canada*, vol. 98 (janvier 1969), p. 109.

Inévitable ou non, cette dépolitisation marque le début d'une certaine marginalisation pour l'AMLFC et la fin de ce que son historien Guy Grenier avait appelé l'« âge d'or » de l'association. Il est vrai que les évènements s'accélèrent au même moment.

En novembre 1968, le gouvernement fédéral de Pierre Elliott Trudeau incite les provinces retardataires à presser le pas en imposant un impôt spécial pour l'assurance-maladie que paient tous les contribuables, assurés ou pas ; d'avril à juin 1969, le gouvernement québécois de Jean-Jacques Bertrand adopte la loi qui crée la Régie de l'assurance-maladie du Québec, qui annonce l'adhésion au plan fédéral et une réforme en profondeur du système québécois de santé. L'AMLFC ne réagit pas à ces évènements, s'employant en 1969 à dorer la pilule à ses officiers destitués, Amyot, Blais, Blain, en créant pour eux la catégorie de « membres émérites » de l'association³³¹. On peut voir dans ce silence du printemps 1969 un point de bascule, au-delà duquel la représentation politique des médecins est monopolisée par les fédérations médicales qui occuperont toute la scène durant le débat sur la loi québécoise de l'assurance-maladie en avril 1970 et la grève des médecins spécialistes en octobre 1970.

³³¹ Grenier, *100 ans de médecine francophone*, p. 423.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Ce mémoire met en lumière l'évolution des stratégies associatives des médecins québécois durant la période de mise en place des grandes politiques providentialistes en santé. À travers le discours véhiculé par leurs journaux de l'Association médicale canadienne (AMC) et de l'Association des médecins de langue française du Canada (AMFLC), nous cherchions à comprendre comment ces associations ont tenté de se faire valoir comme légitimes représentants de la profession médicale auprès des décideurs publics et de leurs propres membres, dans un écosystème médical en pleine évolution. Nous cherchions aussi à montrer comment la dualité nationale canadienne a influé sur les efforts de représentativité de ces associations, mais aussi sur leur imbrication dans la scène associative au Québec et au Canada. Ce faisant, nous souhaitions élargir le spectre de l'historiographie de la médecine et participer au renouveau de l'histoire des politiques de santé au Canada, en détaillant l'évolution d'acteurs non étatiques et de leur rôle dans la mise en place de régimes publics d'assurance santé. Nous cherchions ainsi à combler un angle mort de l'historiographie classique, qui tend à négliger l'importance des acteurs non-étatiques ou des contextes provinciaux. Nous voulions aussi corriger l'historiographie en montrant à quel point le monde médical québécois s'est politisé dès les années 1940 face aux visées providentialistes, au point où on assistait alors à une forte concurrence entre l'AMC et l'AMFLC pour occuper ce créneau d'activité. Enfin, nous voulions montrer comment la dualité nationale canadienne joue un rôle important, quoique changeant selon le contexte politique, dans la mutation de la scène associative québécoise.

Nous avons ainsi montré que l'interaction entre les paliers fédéraux et provinciaux, de même que le va-et-vient successif des enjeux entre ces deux scènes politiques, ont été déterminants dans les choix et les stratégies des associations. Nous avons décrit leurs efforts pour s'imposer en tant qu'associations représentatives de la profession et montré comment ces choix ont évolué en réponse à ce va-et-vient des lieux de décision politique. Dans ce contexte, la dualité nationale et linguistique propre au Canada, et la situation de chaque association face à cette dualité, ont fortement influencé leurs stratégies et leurs résultats.

Dans le chapitre 1, nous avons formulé nos questions de recherche. D'abord, nous cherchions à savoir : Comment les différentes associations voient-elles et prennent-elles position sur les politiques fédérales et québécoises ? Ensuite : Quelles sont les visions et les stratégies des différentes associations sur la place des médecins québécois dans l'écosystème des associations médicales canadiennes, dans le contexte créé par les politiques providentialistes ? Finalement, nous cherchions à déterminer : Quelle est l'influence de la dualité nationale/linguistique des médecins des associations étudiées sur leurs positionnements par rapport aux politiques providentialistes, de même que par rapport à leur place dans l'écosystème associatif des médecins ? Nous avons survolé l'historiographie pertinente, exposé notre méthode d'analyse de discours et présenté les caractéristiques de notre corpus, composé d'articles parus dans *l'Union médicale du Canada* et le *Journal de l'AMC* entre 1942 et 1969.

Au chapitre 2, nous avons montré l'adaptation de l'AMC, de sa section québécoise et de l'AMLFAN face à l'ouverture d'un premier cycle de politiques providentialistes en santé au Canada, de 1942 à 1955. Le premier épisode de ce cycle est celui du comité Heagerty et de ses suites, de 1942 à 1946. L'AMC est aux premières loges et bien connectée aux décideurs fédéraux grâce à son Comité des Sept. Malgré cela, sa prétention à parler au nom de la profession est remise en question par les décideurs, notamment en raison du faible nombre de francophones en son sein. Dès lors, l'AMC se mobilise pour améliorer sa représentativité en lançant une campagne de recrutement axée sur les médecins francophones, notamment les médecins québécois qui gravitent autour de l'AMLFAN. Cette dernière, qui se veut l'égale de l'AMC, veut aussi se faire entendre des décideurs publics, mais elle demeure à la remorque des évènements et son nom, qui renvoie à l'espace nord-américain plutôt que canadien, devient un prétexte pour la marginaliser sur la scène fédérale. C'est pourquoi l'AMLFAN devient l'AMLFC, un changement de nom qui ne devient effectif qu'en 1946. Or, à ce moment, la situation politique a évolué et le projet fédéral d'assurance-hospitalisation découlant du rapport Heagerty n'est plus d'actualité.

Après 1946, et surtout de 1948 à 1955, la politique des « subventions nationales à la santé » (les *Health Grants*) déplace vers les provinces les décisions et les discussions les plus importantes en matière de santé. Notre recherche montre que cette « provincialisation » des politiques de santé affecte l'action des associations. L'AMC délaisse la séduction des francophones. Quoique favorable aux *Grants*, elle redoute l'implantation future d'une assurance publique et cherche à occuper le marché assurantiel en favorisant et en fédérant des régimes privés cogérés par la profession dans chacune des provinces. Or, l'AMC finit par se buter à nouveau à son manque de racines au Québec, à cause du clivage linguistique qui divise la scène associative médicale de la Belle Province. L'AMLFC, de son côté, réagit à la provincialisation du débat en se donnant des structures provinciales, en se politicisant autour de son comité économique et en essayant d'accéder aux lieux de décision. Échouant à influencer l'Enquête Sylvestre, l'AMLFC trouve cependant une pertinence politique en assumant un rôle de représentante privilégiée des médecins généralistes, alors que le fossé croissant entre omnipraticiens et spécialistes prend au Québec une couleur nationale qu'elle n'a pas ailleurs.

Au chapitre 3, nous avons décrit les stratégies de l'AMC et de l'AMLFC durant un nouveau cycle de politiques providentialistes, qui va du nouveau projet d'assurance-hospitalisation soumis par Ottawa en 1955 jusqu'à l'adhésion du Québec au programme d'assurance-santé, qui devient sans équivoque en 1969. Ce cycle se divise lui aussi en deux épisodes. Le premier épisode s'étend de 1955 à 1962, soit jusqu'aux audiences de la commission Hall. Durant cette période, le projet d'assurance-hospitalisation puis l'annonce de la commission ramènent les discussions politiques les plus importantes sur la scène fédérale. Ce retour à la case fédérale réactive le besoin de représentativité de l'AMC, qui relance ses efforts de recrutement envers les médecins francophones, particulièrement chez sa division québécoise. L'AMC s'affaire à rehausser son bilinguisme, multiplie les louanges à la médecine et la culture canadiennes-françaises et essaie de resserrer ses liens avec d'autres groupes médicaux au Québec, notamment avec les médecins spécialistes. Malgré un timide rapprochement avec l'AMLFC, l'AMC veut occuper le terrain elle-même : ses efforts de recrutement, en plus du changement de nom de sa section québécoise, attisent la méfiance de l'AMLFC. Cette dernière multiplie les

participations à des comités fédéraux mineurs afin de présenter à ses membres l'image d'une association capable d'influencer Ottawa. En 1962, l'AMLFC espère profiter des audiences de la commission Hall pour se faire reconnaître comme une association médicale nationale. Des manœuvres intéressées font toutefois que son mémoire est ignoré au profit de la section québécoise de l'AMC, mettant à mal la relation déjà ambiguë entre les deux associations présentes au Québec.

De 1962 à 1969, l'évolution du projet d'assurance-maladie ramène progressivement la discussion vers les scènes politiques provinciales. Après 1964, il devient clair pour les associations médicales que le projet fédéral est trop « socialisant » à leur goût et que le moyen de l'atténuer est d'influencer les provinces, chargées des modalités de sa mise en œuvre. En parallèle, l'écosystème associatif québécois évolue rapidement à cause de l'émergence, entre 1961 et 1965, des fédérations médicales, qui imposent une dynamique politique propre au Québec. L'AMC et l'AMLFC essaient d'adapter leurs stratégies à la donne provinciale. L'AMC centralise ses activités pour coordonner les stratégies provinciales et, devant son manque d'accès aux décideurs québécois, offre son soutien au militantisme syndical de la FMOQ et de la FMSQ, en échouant à réaliser leur fusion en 1969. L'AMLFC espère tirer profit du contexte de Révolution tranquille et entreprend de conjuguer la défense de la médecine en français avec la défense de ses membres québécois. Par-delà le discours, cependant, son espoir de pouvoir jouer un rôle politique significatif est réduit par l'émergence des fédérations médicales, à qui elle finit par céder le rôle de défense des intérêts de la profession devant la commission Castonguay. La vieille équipe de direction, en place depuis l'époque Heagerty et qui animait l'effort de politisation de l'AMLFC depuis vingt-cinq ans, est alors brusquement remplacée en 1968-1969.

Cela met fin à une époque de fort militantisme médical, durant laquelle l'AMLFC et l'AMC se sont fait une rude concurrence pour assumer le rôle de porte-parole des médecins québécois devant les projets providentialistes portés, selon le moment, par les États fédéral et québécois. De 1942 à 1969, nous avons vu comment les stratégies de ces associations ont évolué, conformément à l'intérêt de leurs membres, afin d'influencer les

politiques fédérales et provinciales à mesure que l'enjeu se déplace d'un palier à l'autre. Ainsi, ces deux associations ont tenté de se faire valoir comme légitimes associations représentatives du milieu médical dans leurs interactions avec les gouvernements d'Ottawa et de Québec. Finalement, nous avons constaté que la dualité linguistique a été un puissant facteur dans le choix de ces stratégies associatives de même qu'un facteur supplémentaire de clivage au sein de la communauté médicale canadienne et québécoise.

BIBLIOGRAPHIE

1. SOURCES PRIMAIRES

1.1 PUBLICATIONS ASSOCIATIVES

CMAJ [journal de l'Association médicale canadienne]. 1942-1969.

L'Union Médicale du Canada [journal de l'Association des médecins de langue française du Canada]. 1942-1943. 1948-1969.

L'Union Médicale du Canada [journal de l'Association des médecins de langue française du Canada]. 1945-1946.

L'Union Médicale du Canada [journal de l'Association des médecins de langue française du Canada]. 1948-1969.

2. SOURCES SECONDAIRES

ANDREWS, Margaret W.. The Course of Medical Opinion on State Health Insurance in British Columbia, 1919-1939. *Histoire sociale. Social History*, vol. 16, no 31 (1983), p. 131-143.

BAILLARGEON, François. « La crise de la médecine libérale et le débat sur les assurances sociales au Québec de 1925 à 1945 à travers les pages du journal *L'Action médicale* », mémoire de maîtrise (histoire), Université du Québec à Montréal, 2009. 135 p.

BÉLAND, Daniel et André LECOURS. « Le Canada : nationalisme, fédéralisme et protection sociale », *Nationalisme et protection sociale*, Ottawa, Presses de l'Université d'Ottawa, 2012. 288 p.

BOTHWELL, Robert et John ENGLISH. « Pragmatic Physicians. Canadian Medicine and Health Care Insurance », S.E.D. SHORTT (dir.), *Medicine in Canadian Society*, Montréal, McGill-Queen's University Press, 1981. 506 p.

BRYDEN, Penny. *Planners and Politicians. Liberal Politics and Social Policy, 1957-1968*, Montréal / Kingston, McGill-Queen's University Press, 1997. 233 p.

CHARAUDEAU, Patrick et Dominique MAINGUENEAU. *Dictionnaire d'Analyse du Discours*, Paris, Seuil, 2002. 661 p.

DOSTALER, Gilles et Frédéric HANIN. « Keynes et le keynésianisme au Canada et au Québec », *Sociologie et sociétés*, vol. 37, no 2 (Automne 2005), p. 153-181.

DUSSAULT, Gilles. « Les médecins du Québec (1940-1970) », *Recherches Sociographiques*, vol. 16, no 1 (1975), p. 69-84.

- EWALD, François. *Histoire de l'État-providence : les origines de la solidarité*, Paris, Librairie générale française, 1996. 317 p.
- FARKAS, Mary Anne. « Navigating a Course between Scylla and Charybdis: Quebec Voluntary Hospitals, the Market and the State, 1940-1960 », Thèse de doctorat (histoire), Concordia University, 1997, 325 p.
- FERRETTI, Lucia. *Du « devoir de charité » au « droit à l'aide publique » : la naissance de l'État-providence au Québec*, Les Conférences Gérard-Parizeau (11e conférence), 5 octobre 2011. 39 p.
- FERRETTI, Lucia. « Quand des parents se constituent en lobby : déficience intellectuelle et concurrence Ottawa/Québec à l'époque de l'État-providence, 1958-1985 ». *Bulletin d'histoire politique*, vol. 24, no 2 (2016), p. 137-162.
- GALLACHER, Dan. *Making Medicare : The history of health care in Canada, 1914-2007*, [En ligne], <https://www.historymuseum.ca/cmc/exhibitions/hist/medicare/medic-2h01e.html> (Page consultée le 12 juillet 2021).
- GAUMER, Benoît. *Le système de santé et de services sociaux du Québec : une histoire récente et tourmentée, 1921-2006*. Presses de l'Université Laval, 2008. 282 p.
- GOULET, Denis. *Histoire du Collège des médecins du Québec, 1847-1997*, Montréal, Collège des médecins du Québec, 1997, 263p.
- GRENIER, Guy. *100 ans de médecine francophone : histoire de l'association de médecins de langue française du Canada*. Sainte-Foy, Éditions Multimondes, 2002. 444 p.
- GUÉRARD, François. « Les populations hospitalisées à l'Hôtel-Dieu de Québec et à l'Hôtel-Dieu Saint-Vallier de Chicoutimi de 1881 à 1942 », *Cahiers québécois de démographie*, vol. 41, no 1 (2012), p. 55-85.
- GUÉRARD, François et Yvan ROUSSEAU. « Le marché de la maladie. Soins hospitaliers et assurances au Québec, 1939-1961 », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, vol. 59, no 3 (2006), p. 293-329.
- GOW, James I. et INSTITUT D'ADMINISTRATION PUBLIQUE DU CANADA, *Histoire de l'administration publique québécoise, 1867-1970* (Ser. Collection administration publique canadienne = Canadian public administration series). Presses de l'Université de Montréal, 1986, 441 p.
- JUTEAU, Danielle et Nicole LAURIN. « La sécularisation et l'étatisation du secteur hospitalier au Québec de 1960 à 1966 », Robert Comeau *et al.* (dir.), *Jean Lesage et l'éveil d'une nation. Les débuts de la Révolution tranquille*, Sillery, Presses de l'Université du Québec, 1989. p. 155-167.

- KEALEY, Linda et Heather MOLYNEAUX. « On the Road to Medicare: Newfoundland in the 1960s ». *Journal of Canadian Studies*, vol. 41, no 3 (2007), p. 90-111.
- KRIEG-PLANQUE, Alice. *Analyser les discours institutionnels*. Paris, Armand Colin, collection « ICOM », 2012, 238 p.
- MARCHILDON, Gregory P.. *Making medicare : new perspectives on the history of medicare in Canada*. Toronto, Institute of Public Administration of Canada, University of Toronto Press, 2012. 321 p.
- MARCHILDON, Gregory P.. The three dimensions of universal Medicare in Canada. *Canadian Public Administration*, vol. 57, no 3 (2014), 362–382. doi: 10.1111/capa.12083
- MARCHILDON, Gregory P.. Douglas versus Manning: the ideological battle over Medicare in postwar Canada. *Journal of Canadian Studies*, vol. 50, no 1 (2016), p. 129–149. doi: 10.3138/jcs.2016.50.1.129
- MARCHILDON, Gregory P.. Legacy of the doctors' strike and the Saskatoon agreement. *Canadian Medical Association Journal*, vol. 188, no 9 (2016), p. 676–677. doi: 10.1503/cmaj.151360
- MARCHILDON, Gregory P.. Physicians and regionalization in Canada: past, present and future. *Canadian Medical Association Journal*, vol. 189, no 36 (2017), p. 1147–1149. doi: 10.1503/cmaj.170164
- MARCHILDON, Gregory P. et SCHRIJVERS, Klaartje. Physician resistance and the forging of public healthcare: a comparative analysis of the doctors' strikes in Canada and Belgium in the 1960s. *Medical History*, vol. 55, no 2 (2011), p. 203–222. doi: 10.1017/S0025727300005767
- MARTEL, Marcel et Martin PÂQUET. « L'enjeu linguistique au Québec. Relations de domination et prise de parole citoyenne depuis les années 1960 », *Vingtième Siècle. Revue d'histoire*, vol. 129 (janvier 2016), p. 75-89.
- MONIÈRE, Denis. « Cinquante ans de débats sur le déséquilibre fiscal : 1956–2006 », *Bulletin d'histoire politique*, vol. 16, no 1 (Automne 2007), p. 7-15.
- NAYLOR, David C.. *Private practice, public payment Canadian medicine and the politics of health insurance, 1911-1966*. Kingston, McGill-Queen's University Press, 1986. 324 p.
- OSTRY, Aleck. « The Foundations of National Public Hospital Insurance », *Canadian Bulletin of Medical History*, vol. 26, no 2 (Automne 2009), p. 261-281.

- PETITCLERC, Martin. « À propos de « ceux qui sont en dehors de la société ». L'indigent et l'assistance publique au Québec dans la première moitié du XXe siècle ». *Revue d'histoire de l'Amérique française*, vol. 65, no 2-3 (Automne 2011), p. 227-256.
- PRUD'HOMME, Julien. *Professions à part entière : histoire des ergothérapeutes, orthophonistes, physiothérapeutes, psychologues et travailleuses sociales au Québec*. Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 2011. 223 p.
- PRUD'HOMME, Julien. « De la commission Parent aux réformes de la santé et au Code des professions. Les continuités de la ‘longue’ Révolution tranquille, 1961-1974 » *Recherches sociographiques*, vol. 53, no 1 (2012), p. 83-102.
- PRUD'HOMME, Julien et Antoine ROSSIGNOL. « From healthcare policy to professional politics : Medicare and allied health professionals in Quebec, 1960-1990 », Esyllt Jones, James Hanley et Delia Gavrus (dir.), *The History of Canadian Medicare*, Winnipeg, University of Manitoba Press, (2020) accepté pour publication.
- SARRA-BOURNET, Michel. « DUPLESSIS, MAURICE LE NOBLET », dans *Dictionnaire biographique du Canada*, vol. 18, Université Laval/University of Toronto, 2003, [En ligne], http://www.biographi.ca/en/bio/duplessis_maurice_le_noblet_18E.html (Page consultée le 25 octobre 2021).
- SAVARD Stéphane et Jérôme BOIVIN. *De la représentation à la manifestation : groupes de pression et enjeux politiques au Québec, xixe et xxie siècles*. Septentrion, 2014. 448 p.
- SMITH, Miriam C.. *A civil society? Collective actors in Canadian political life*. Toronto, University of Toronto Press, 2009. 224 p.
- de SAINT-JULIEN, Delphine F.-P. « Analyse de discours : l'exemple des plans de sauvegarde de l'emploi », *Revue des sciences de gestion*, nos 273-274 (2015), p. 95-105.
- TAYLOR, Malcolm G.. *Health Insurance and Canadian Public Policy: The Seven Decisions That Created the Canadian Health Insurance System*. Montreal and Kingston, McGill-Queen's University Press, 1987. 563 p.
- TWOHIG, Peter. « Recent writing on health care in Canada », *Scientia Canadensis*, vol. 26 (2002), p. 7-28.
- VAILLANCOURT, Yves. « René Lévesque et les politiques sociales dans les années 60 », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 4, no 1 (1991), p. 153-166.

WHITE, Deena. « Interest representation and organisation in civil society : Ontario and Quebec compared », *British Journal of Canadian Studies*, vol. 25, no 2 (2012), p. 199-229.

ANNEXE 1

Grille d'analyse documentaire

Source/lien article :

Titre :

Section/type d'articles (genre?) :

Auteur :

Destinataire :

1

2

3

4

	Énoncés d'acteurs sur les politiques médicales canadiennes	Énoncés d'acteurs sur les politiques médicales de l'État québécois	Énoncés d'acteurs sur le positionnement des médecins québécois	Usages de la dualité Québec/Ottawa (stratégie, moyen de pression, argument)
A	Énoncé performatif sur une initiative fédérale	Énoncé performatif lié à une initiative de Québec	Énoncé performatif sur le rapport entre médecins québécois et le leadership médical pancanadien	Énoncé (performatif ou constatatif) sur la dualité des compétences fédérales et provinciales
B	Énoncé constatatif sur une initiative fédérale	Énoncé constatatif lié à une initiative de Québec	Énoncé constatatif sur le rapport entre médecins québécois et le leadership médical pancanadien	Énoncé (performatif ou constatatif) sur la dualité nationale / linguistique canadienne
C	Énoncé (performatif ou constatatif) sur les politiques médicales dans une autre province		Énoncé (performatif ou constatatif) sur le leadership médical québécois	Énoncé (performatif ou constatatif) sur la dualité nationale / linguistique au Québec
D	Énoncé (performatif ou constatatif) sur l'État providence en général		Évocation d'un clivage à l'intérieur de la communauté médicale québécoise sur d'autres points	

Commentaires :