82-D-50(F)
1948
c. 2

GOUVERNEMENT DU CANADA

# MANUEL DE LA SANTÉ

DOMINION BUREAU OF STATISTICS
NOV 28 1967
PROPERTY OF THE LIBRARY

1948

MINISTÈRE DU COMMERCE
BUREAU FÉDÉRAL DE LA STATISTIQUE
Division de la santé et du bien-être

# MANUEL DE LA SANTÉ
# 1948

*Publié par ordre du*
*Très Hon. C. D. HOWE,*
*Ministre du Commerce*

54275—1

# AVANT-PROPOS

Le présent volume a été préparé en réponse à un grand nombre de demandes de renseignements à jour qui puissent se comparer à ceux qui figurent au *Manuel de la Santé de 1948;* celui-ci était basé sur un ouvrage antérieur publié sous le même titre à l'époque de la Conférence fédérale-provinciale de 1945 et préparé sous la direction de la Commission interministérielle de l'assurance-santé.

L'ouvrage contient des données statistiques colligées à la Division de la santé et du bien-être du Bureau fédéral de la statistique ainsi que de la documentation sur les services canadiens de santé. Il comprend un exposé sommaire du régime de subventions-santé inauguré en 1948 par le gouvernement du Canada, et les propositions fédérales de 1946 en vue de la création d'un système national d'assurance-santé.

Le présent manuel de consultation est l'heureux couronnement des efforts conjugués des membres du personnel de la Division de la santé et du bien-être travaillant sous la direction de M. J. T. Marshall, statisticien adjoint du Dominion et directeur adjoint de la division, de M. J. E. Howes, chef adjoint du Département des recherches de la Banque du Canada, et de Mary A. Ross, D. Sc., chef de la Section de la santé publique du Bureau fédéral de la statistique.

Les chapitres qui traitent de problèmes spéciaux de santé ont été préparés en collaboration avec les directeurs de diverses divisions du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, et avec d'autres autorités en matière de santé. Nous leur adressons nos remerciements dans les chapitres appropriés.

La publication du présent ouvrage a été grandement facilitée par la bienveillante collaboration des sous-ministres provinciaux de la Santé suivants: MM. les docteurs B. C. Keeping, Île du Prince-Édouard; P. S. Campbell, Nouvelle-Écosse; J. A. Melanson, Nouveau-Brunswick; J. Grégoire, Québec; J. T. Phair, Ontario; C. F. W. Hames, Saskatchewan; M. R. Bow, Alberta; G. F. Amyot, Colombie-Britannique, et C. R. Donovan, sous-ministre adjoint de la Santé au Manitoba.

Mlle Frances Weekes a été chargée de la rédaction de la documentation statistique et de la préparation du texte.

H. MARSHALL,
*Statisticien du Dominion.*

OTTAWA, 15 janvier 1949.

## TABLE DES MATIÈRES


| | | Page |
|---|---|---|
| 1. | Introduction | 9 |
| 2. | Facteurs affectant les services de santé | 11 |
| 3. | Administration en santé publique | 15 |
| 4. | Organisation, recherches et statistique | 21 |
| 5. | Personnel | 25 |
| 6. | Hygiène publique en général | 39 |
| 7. | Maladies vénériennes | 53 |
| 8. | Enfants infirmes | 57 |
| 9. | Tuberculose | 61 |
| 10. | Hygiène mentale | 71 |
| 11. | Cancer | 85 |
| 12. | Hospitalisation en général | 95 |
| 13. | Soins médicaux fournis par les services publics | 113 |
| 14. | Assurance-santé | 117 |


## LISTE DES TABLEAUX


| | | |
|---|---|---|
| Tableau 1. | —Population par groupes d'âge, et proportion des sexes, années de recensement 1901-1941 | 12 |
| Tableau 2. | —Initiatives des ministères provinciaux en matière de santé | 18 |
| Tableau 3. | —Médecins et population par médecin, Canada et provinces, années de recensement 1911-1941, et 1947 | 25 |
| Tableau 4. | —Population des collectivités urbaines canadiennes de plus de 10,000 et d'autres régions par rapport au nombre de médecins, 1947 | 26 |
| Tableau 5. | —Spécialistes certifiés au Canada, selon la spécialité et la province de domicile, 1947 | 28 |
| Tableau 6. | —Spécialistes certifiés au Canada selon l'importance de la localité du domicile, 1947 | 28 |
| Tableau 7. | —Répartition proportionnelle des médecins par groupes d'âge, Canada et provinces | 29 |
| Tableau 8. | —Diplômés d'écoles de médecine canadiennes, moyenne quinquennale de 1941-1945 et par années, 1946-1952 | 30 |
| Tableau 9. | —Dentistes et population par dentiste, Canada et provinces, années de recensement 1911-1941 et 1946 | 31 |
| Tableau 10. | —Population des localités urbaines canadiennes de 10,000 et plus et d'autres régions par rapport au nombre de dentistes, 1946 | 32 |
| Tableau 11. | —Diplômés des facultés canadiennes d'art dentaire, moyenne quinquennale de 1941-1945 et par année, 1946-1950 | 33 |
| Tableau 12. | —Infirmières enregistrées au Canada, par province, 1942, 1945 et 1948 | 33 |
| Tableau 13. | —Infirmières en hygiène publique proportionnellement à la population, 1939 et 1948 | 34 |
| Tableau 14. | —Diplômées des écoles canadiennes d'infirmières, 1941-1950 | 35 |

## LISTE DES TABLEAUX—Suite


PAGE

TABLEAU 15.—Personnel en santé publique employé à temps continu par diverses autorités, 1948..... 36

TABLEAU 16.—Personnel en santé publique employé à temps continu, par province, 1948..... 36

TABLEAU 17.—Mortalité due à la fièvre typhoïde, Canada, 1921-1947..... 40

TABLEAU 18.—Mortalité infantile par période d'âge, 1926-1945—moyennes quinquennales..... 41

TABLEAU 19.—Proportion des naissances vivantes dans les institutions au Canada, par province, 1926 et 1947 ..... 41

TABLEAU 20.—Décès dus aux affections rénales cardio-vasculaires, 1921-1925 et 1941-1945..... 43

TABLEAU 21.—Répartition des aveugles pensionnés et des postulants inadmissibles, par province, 31 mars 1948..... 45

TABLEAU 22.—Source des fonds et dépenses pour la santé publique en général, 1946, et dépense par tête, 1946 et 1944..... 50

TABLEAU 23.—Fréquence des maladies vénériennes au Canada, 1944-1948..... 53

TABLEAU 24.—Dépenses fédérales relativement aux maladies vénériennes 1943-1944—1947-1948..... 54

TABLEAU 25.—Dépenses pour la lutte antivénérienne, année financière 1946-1947..... 56

TABLEAU 26.—Mortalité due à la tuberculose, Canada, par province, 1921 à 1947..... 61

TABLEAU 27.—Mortalité due à la tuberculose, Indiens compris et non compris, par province, 1936-1946. 62

TABLEAU 28.—Variation de la mortalité due à la tuberculose, par province, 1936-1946..... 63

TABLEAU 29.—Capacité en lits des hôpitaux pour la tuberculose, en service au Canada, 1932, 1937, 1942 et 1947..... 64

TABLEAU 30.—Hôpitaux pour tuberculeux et jours de soins donnés, 1940 et 1947..... 64

TABLEAU 31.—Décès dus à la tuberculose, capacité des sanatoriums et normes minimums, 1947..... 65

TABLEAU 32.—Dépenses et source de fonds des hôpitaux pour tuberculeux, 1947..... 67

TABLEAU 33.—Malades hospitalisés dans les institutions pour maladies mentales, et malades hospitalisés par 100,000 de population, 1932 et 1947..... 73

TABLEAU 34.—Malades hospitalisés dans les institutions pour maladies mentales, selon l'état mental, 1937 et 1947..... 74

TABLEAU 35.—Malades admis pour la première fois et admissions totales dans les hôpitaux pour maladies mentales et taux par 100,000 de population, 1932-1947..... 75

TABLEAU 36.—Capacité en lits et nombre de malades dans les institutions pour maladies mentales, 1932, 1937, 1942 et 1947..... 76

TABLEAU 37.—Aménagements et capacité nécessaire en lits au Canada par rapport aux normes des institutions pour maladies mentales, 1947..... 79

TABLEAU 38.—Malades, hospitalisés ou non, en traitement dans les institutions canadiennes pour maladies mentales, au 31 décembre 1947..... 79

TABLEAU 39.—Dépenses et sources des fonds des institutions pour maladies mentales, 1946..... 80

TABLEAU 40.—Mortalité due au cancer par 100,000 de population, par province, 1932-1947..... 86

TABLEAU 41.—Mortalité due au cancer par 100,000 de population, selon l'âge et le sexe, par période quinquennale, 1932-1946 ..... 87

TABLEAU 42.—Nombre et capacité en lits des hôpitaux au Canada, selon le genre, 1947..... 95

## LISTE DES TABLEAUX—Fin


PAGE

TABLEAU 43.—Organismes dirigeants des hôpitaux généraux pour le traitement actif et pour le soin des convalescents et des malades chroniques, 1947 ..... 96

TABLEAU 44.—Capacité en lits des hôpitaux publics au Canada, selon l'importance, 1947 ..... 97

TABLEAU 45.—Capacité en lits des hôpitaux publics au Canada par rapport à la population, 1932, 1937, 1942 et 1947 ..... 98

TABLEAU 46.—Population des collectivités urbaines du Canada de 10,000 et plus et d'autres régions, en fonction du nombre de lits dans les hôpitaux publics, 1947 ..... 99

TABLEAU 47.—Dépenses pour la construction d'hôpitaux de tous genres, 1946 et 1947 ..... 101

TABLEAU 48.—Malades en soin et séjour moyen par malade dans les hôpitaux publics du Canada, 1947. 105

TABLEAU 49.—Comparaison de la répartition par âge et sexe des jours-malades et des cas licenciés des hôpitaux-écoles d'Ontario avec ceux traités en vertu du système des services hospitaliers de la Saskatchewan, 1947 ..... 106

TABLEAU 50.—Dépenses et sources des fonds des hôpitaux généraux publics, 1946 ..... 107

TABLEAU 51.—Dépenses pour les services médicaux, dentaires et connexes, 1946 ..... 115


## LISTE DES GRAPHIQUES


PAGE

GRAPHIQUE 1.—Répartition proportionnelle de la population, par groupes d'âge, 1901-1941 ..... 11

GRAPHIQUE 2.—Proportion de la population âgée de 50 ans et plus, Canada et provinces, 1901-1941.. 12

GRAPHIQUE 3.—Quatre maladies transmissibles, mortalité au Canada, 1921-1946 ..... 40

GRAPHIQUE 4.—Mortalité infantile au Canada, 1921-1946 ..... 41

GRAPHIQUE 5.—Mortalité infantile à chaque période d'âge ..... 42

GRAPHIQUE 6.—Mortalité puerpérale au Canada, 1921-1946 ..... 43

GRAPHIQUE 7.—Mortalité infantile dans certains pays, 1921-1947 ..... 43

GRAPHIQUE 8.—Mortalité puerpérale dans certains pays, 1921-1946 ..... 44

GRAPHIQUE 9.—Mortalité due à la tuberculose, Canada, 1936-1946 ..... 62

GRAPHIQUE 10.—Mortalité due à la tuberculose dans certains pays, 1921-1946 ..... 63

GRAPHIQUE 11.—Mortalité due au cancer dans certains pays, 1921-1946 ..... 85

# 1. INTRODUCTION

L'activité de l'État en vue de relever le niveau de la santé au Canada comporte de multiples services exercés par les autorités fédérales, provinciales et municipales.

Dans le cadre du régime fédéral canadien, ce sont les provinces qui ont la principale responsabilité quant à l'administration de la santé publique. En général, le maintien effectif des services est assuré conjointement avec les autorités locales. Jusqu'à 1948, les provinces et les municipalités payaient aussi virtuellement le coût entier des services traditionnels ainsi que de la mise en œuvre de nouveaux programmes pour répondre aux exigences du public.

Le gouvernement fédéral a apporté une importante modification au soutien de nouveaux services quand, en mai 1948, il a annoncé, comme mesure préliminaire à l'établissement d'un système national d'assurance-santé, l'introduction d'un régime de subventions aux provinces en vue d'étendre et d'améliorer les dispositions et les services.

Dans la première phase du programme, une somme de trente millions de dollars est mise chaque année à la disposition des provinces sous forme de subventions spéciales pour la construction d'hôpitaux et pour l'amélioration des divers services de santé publique, y compris l'hygiène publique, ainsi que les initiatives dont l'objet déterminé est la lutte à la tuberculose, aux maladies mentales, au cancer, aux maladies vénériennes et aux causes d'infirmité chez les enfants. Des sommes sont aussi affectées à l'éducation professionnelle, aux recherches et à des enquêtes provinciales sur la santé afin d'assurer le meilleur emploi possible des octrois, l'extension des disponibilités hospitalières et l'organisation convenable de l'assurance contre les frais médicaux et hospitaliers.

Les divers chapitres du présent ouvrage exposent en détail le programme de subventions annoncé en 1948 ainsi que les propositions faites en 1946 par le gouvernement fédéral relativement à l'assurance-santé.

La présente édition du *Manuel de la santé publique* est une compilation des données statistiques sur les services de santé et les frais qu'ils occasionnent, et autres renseignements qui s'y rattachent.

# 2. FACTEURS AFFECTANT LES SERVICES DE SANTÉ

Les programmes de santé mis en œuvre par les autorités publiques font partie de l'ensemble des services gouvernementaux organisés en vue d'améliorer le bien-être personnel et de relever le niveau de vie de la communauté. Ils ont des répercussions profondes sur la vie économique et sociale du pays tant par leur influence directe sur la vie des personnes que par leurs conséquences immédiates, notamment l'augmentation de la productivité nationale et les changements dans la composition de la population.

Ces changements apportés à l'état économique et social en général, de pair avec des connaissances plus étendues et de meilleurs services dans le domaine même de l'hygiène, tendent à modifier le caractère des problèmes de la santé. Il en résulte que les services sont en évolution constante en raison des besoins changeants et des nouvelles exigences du public; ceux-ci dépendent non seulement des conditions de la santé mais d'autres facteurs très variés, tels que, par exemple, les traditions locales et le milieu, les ressources économiques et le niveau de l'instruction publique.

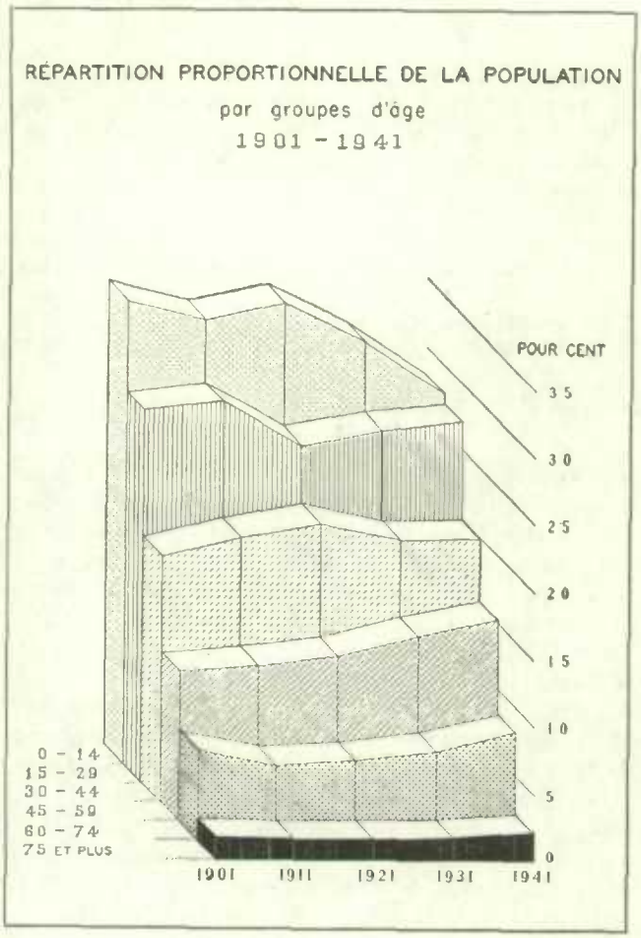
Les problèmes de la santé se rattachent étroitement aux changements de population qui se reflètent par le taux d'accroissement, l'augmentation absolue de la population, la migration, l'urbanisation et les variations au tableau de la répartition par âge. L'importance relative de ces différents éléments varie d'une partie à l'autre du pays. Une appréciation rigoureuse des problèmes de santé au Canada devrait tenir compte de l'influence de chacun de ces éléments sur les exigences de la santé dans tout le pays.

Les changements qui s'opèrent dans la répartition par âge sont d'importance fondamentale et la relation entre la population et la santé peut s'expliquer en fonction de cet élément.

Depuis quelques années, la probabilité de survie augmente sensiblement au Canada. Alors que les tables de survie fondées sur le recensement de 1931 donnent à la naissance une probabilité de survie de moins de 60 ans chez les garçons et de moins de 62 ans chez les filles, les calculs récents pour 1947 indiquent que la probabilité de survie est montée à 65 ans chez les garçons et à 69 ans chez les filles.

Le taux d'accroissement au Canada concorde généralement avec celui que les États-Unis et le Royaume-Uni observent durant les périodes plus longues couvertes par leurs tables de survie. Dans les trois pays, la prolongation de la vie est attribuable surtout à la diminution des décès durant l'enfance, la jeunesse et les premières années de l'âge moyen. Les groupes

GRAPHIQUE 1




d'âge plus avancé ne s'en tirent pas si bien. Il est remarquable que la probabilité de survie des personnes âgées de 60 ans et plus n'augmente pas sensiblement dans aucun des trois pays mentionnés durant la période observée.

Le prolongement de la vie probable au Canada se traduit par un mouvement de hausse dans la répartition par âge, ainsi que l'indique le graphique 1. La forte immigration au Canada durant les premières années du vingtième siècle modifie de façon spéciale la répartition par âge, bien que l'ampleur de l'émigration tende à neutraliser cette influence. Le graphique 1 indique l'accroissement marqué de l'importance relative des groupes d'âge plus avancé durant la période 1901-1941.

Nonobstant les indications précises que la population canadienne commence à toucher l'âge mûr,

TABLEAU 1—POPULATION[1] PAR GROUPES D'ÂGE, ET PROPORTION DES SEXES, ANNÉES DE RECENSEMENT 1901-1941

| — | Population (en milliers) | | | | | Pourcentage | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1901 | 1911 | 1921 | 1931 | 1941 | 1901 | 1911 | 1921 | 1931 | 1941 |
| *Groupe d'âge*— | | | | | | | | | | |
| 0–14 | 1,856 | 2,383 | 3,026 | 3,282 | 3,199 | 34·6 | 33·1 | 34·4 | 31·6 | 27·8 |
| 15–29 | 1,499 | 2,055 | 2,205 | 2,738 | 3,119 | 27·9 | 28·5 | 25·1 | 26·4 | 27·1 |
| 30–44 | 993 | 1,420 | 1,817 | 2,044 | 2,280 | 18·5 | 19·7 | 20·7 | 19·7 | 19·8 |
| 45–59 | 609 | 834 | 1,080 | 1,441 | 1,734 | 11·3 | 11·6 | 12·3 | 13·9 | 15·1 |
| 60–74 | 326 | 406 | 530 | 698 | 932 | 6·1 | 5·6 | 6·0 | 6·7 | 8·1 |
| 75 et plus | 88 | 109 | 130 | 174 | 243 | 1·6 | 1·5 | 1·5 | 1·7 | 2·1 |
| Total | **5,371** | **7,207** | **8,788** | **10,377** | **11,507** | **100·0** | **100·0** | **100·0** | **100·0** | **100·0** |
| *Proportion des sexes*—Hommes par 100 femmes | 105·0 | 112·9 | 106·4 | 107·4 | 105·3 | | | | | |

[1]Comprend le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest.

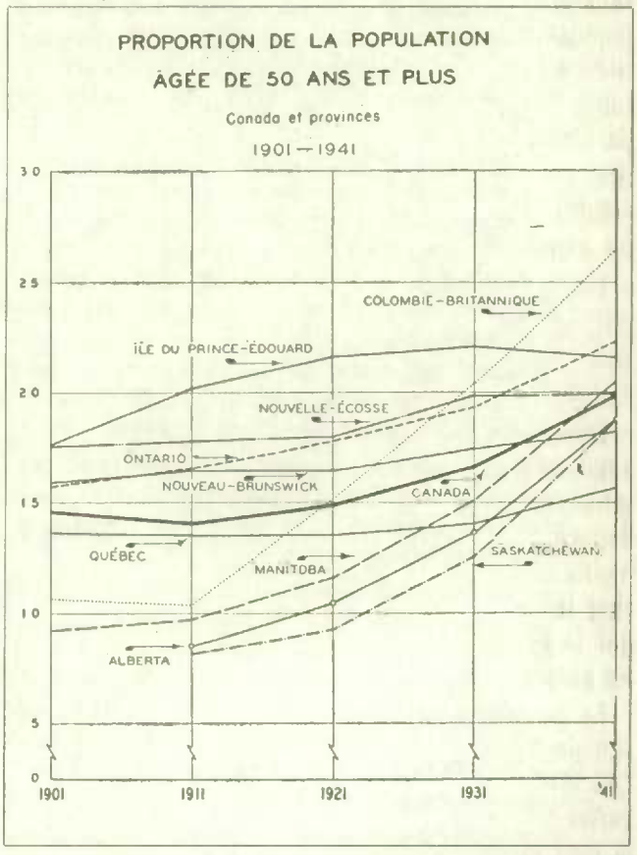
son vieillissement n'est guère avancé et les groupes d'âge plus jeune y forment encore une proportion très considérable. En Angleterre et au pays de Galles, par exemple, selon les calculs estimatifs de 1945, le groupe d'âge de 0-14 ans comprend 21 p. 100 de la population et le groupe d'âge de 15-29 ans, 22 p. 100. D'autre part, la population de 60 ans et plus forme au delà de 15 p. 100 du total. En France, un calcul estimatif pour janvier 1949 révèle que 22 p. 100 de la population se classe dans le groupe de 0-14 ans; 23 p. 100 dans le groupe de 15-29 ans; et 16 p. 100 dans les groupes de 60 ans et plus. Au Canada en 1941, le pourcentage de la population âgée de 0-14 ans est de 28; de 15-29 ans, de 27; et de 60 ans et plus, de 10 p. 100 seulement. Les relevés estimatifs pour l'année 1948 révèlent que le pourcentage de la population âgée de 0-14 ans monte à 29, par suite du relèvement du taux des naissances durant les années de guerre; la proportion de la population dans le groupe d'âge de 15-29 ans et dans celui de 60 ans et plus s'établit respectivement à 25 et 11 p. 100.

A mesure que le vieillissement donne plus d'importance relative aux groupes plus âgés, l'accroissement de la population amène une forte augmentation du chiffre réel de personnes en cause. Le tableau I indique les changements dans l'importance numérique de la population canadienne, ainsi que dans sa composition selon l'âge et le sexe, pour les années de recensement 1901-1941.

Les changements dans la répartition par âge s'opèrent à un rythme différent dans les diverses parties du pays. Les facteurs démographiques varient beaucoup d'une province à l'autre avec les variations de climat, de culture et de milieu économique et social.

Le graphique 2 souligne la situation au point de vue de la répartition par âge. Il indique les changements qui se produisent dans les différentes provinces quant à la prédominance relative des personnes de 50 ans et plus durant la période 1901-1941.

GRAPHIQUE 2




Dans l'étude des problèmes de santé publique et l'interprétation des données statistiques, il ne faut pas perdre de vue les effets du vieillissement de la population, tant dans son ensemble que dans sa répartition régionale.

Le taux des décès est souvent exprimé par 1,000 ou 100,000 habitants; les variations de taux entre différentes régions peuvent être attribuables aux différences dans la répartition de la population par âge. Cela s'applique tant au taux général des décès qu'aux taux résultant de conditions qui semblent se manifester plus fréquemment dans certains groupes d'âge.

En comparant le taux général des décès, il faut se rappeler qu'un taux peu élevé dans une certaine région peut être le résultat d'une répartition favorable de la population par âge, dans laquelle les groupes d'âge plus jeune et à très basse mortalité sont fortement représentés cependant que les groupes d'âge plus avancé et à forte mortalité sont relativement peu nombreux. On observera que, bien que la mortalité à chaque âge de la vie puisse continuer à diminuer, le vieillissement de la population aura probablement pour effet non seulement d'arrêter la baisse de ce taux général, mais même de le faire remonter graduellement.

La conservation de la vie reflétée par le changement de la répartition par âge provient surtout de la réduction de la mortalité chez les jeunes. Dans la lutte aux maladies transmissibles et à la mortalité infantile, l'application de connaissances scientifiques constamment accrues, l'amélioration des services régionaux de santé, l'extension des services hospitaliers et médicaux de même que l'éducation, la diététique et le relèvement général du niveau de la vie ont donné des résultats.

Ces changements signifient que plus de gens atteignent l'âge auquel ils ont probablement besoin d'hospitalisation et de soins médicaux prolongés. Conséquemment, les services de santé personnelle prennent plus de valeur, mais sans que diminue l'importance des efforts soutenus en vue de protéger la santé des personnes et des collectivités par les mesures traditionnelles de santé publique.

Le caractère changeant des problèmes de santé se reflète jusqu'à un certain point dans les différences dans les causes de décès. Cependant que les causes particulières aux premières années de la vie ont été maîtrisées dans une certaine mesure, et qu'elles sont en régression, le vieillissement de la population tend à mettre en lumière les causes qui vont généralement de pair avec l'âge avancé. Le cancer, la néphrite et les maladies du cœur sont trois des causes de décès les plus fréquentes chez les personnes plus âgées et expliquent maintenant une proportion beaucoup plus élevée de décès que par le passé.

Non seulement l'âge de la population influe sur le caractère propre des problèmes de santé mais il a aussi une portée directe sur les problèmes de l'appui financier aux services de santé. Le maintien et l'amélioration de ces services dépendent dans une large mesure du nombre de personnes actives et en bonne santé dans les groupes d'âge productifs au point de vue économique.

Ces éléments varient selon la province et selon l'époque dans la même province, à mesure que la population change par la migration intérieure en fonction de la répartition des avantages économiques. Les différences dans la répartition par âge entre les diverses parties du pays se sont introduites graduellement par suite de la concentration de l'industrie et de l'urbanisation toujours plus poussée qui accompagne ce changement économique.

Ces changement dans la population tendent à accentuer les variations des problèmes de santé et de la base sur laquelle doit reposer l'aide financière à ces service entre les provinces ou entre les parties d'une même province.

Les besoins en matière de santé publique sont apparemment plus considérables là où les moyens d'y répondre sont moindres. Il en résulte qu'il est difficile de maintenir à des degrés uniformément élevés dans toutes les provinces des services financés par les municipalités, tandis que l'inégalité des ressources financières des provinces entrave l'établissement de services de santé équivalents dans tout le pays.

Bien que les changements dans la population qui sont à la base de plusieurs problèmes d'hygiène se soient produits indépendamment des frontières politiques, ce sont les gouvernements provinciaux, à qui, d'après la constitution, il incombe de maintenir les services de santé, qui les ont défrayés entièrement jusqu'en 1948, alors que le Programme national d'hygiène détermina le gouvernement fédéral à défrayer une partie des nouveaux services, laissant aux provinces le soin de veiller à ceux qui existaient déjà.

En fin de compte, il est à prévoir que, dans l'ensemble du pays, les services de santé se paieront d'eux-mêmes en raison de l'augmentation de la productivité, mais les mouvements de population entre provinces signifient que les régions qui perdent des habitants d'âge productif paieront plus que leur part en proportion de ce qu'elles retireront.

Les services de santé forment partie intégrante du régime économique et social du pays, dont les objectifs dépendent dans une large mesure du niveau de la santé. Le maintien de l'emploi et du revenu à un niveau élevé et la mise en œuvre d'un programme étendu de sécurité sociale exigent une population en bonne santé et de meilleurs et de plus nombreux services de santé.

# 3. ADMINISTRATION EN SANTÉ PUBLIQUE

## PARTAGE DES RESPONSABILITÉS

La juridiction en matière de santé publique est fondée sur l'Acte de l'Amérique du Nord britannique de 1867 et toutes les initiatives dans ce domaine sont exercées en deça des limites de la juridiction statutaire établie de par l'Acte. Au gouvernement fédéral sont dévolus la juridiction sur "la quarantaine ainsi que l'établissement et l'entretien d'hôpitaux de marine" (art. 91, par. 11), et aux provinces, "l'établissement, l'entretien et l'administration des hôpitaux, des asiles, des hospices et des refuges dans les limites et pour la population de la province, sauf les hôpitaux de marine" (art. 92, par. 7). Mais il est généralement reconnu que le pouvoir résiduaire de légiférer en matière de santé publique revient aux provinces en vertu de leur compétence en ce qui regarde "la propriété et les droits civils dans la province" et "de façon générale, toutes les matières qui, dans la province, sont d'une nature purement locale ou privée" (art. 92, par. 13 et 16).

Ce partage constitutionnel des responsabilités a pour résultat l'organisation d'un programme limité d'entreprises en santé publique par le gouvernement fédéral et de programmes étendus dans toutes les provinces; les autorités locales se chargent de certains services fondamentaux de l'administration de la santé et participent aux programmes provinciaux.

## ENTREPRISES FÉDÉRALES

### Historique

A partir de la Confédération jusqu'à 1872, les entreprises fédérales en santé publique relevaient du ministère de l'Agriculture. Plus tard, l'administration fut divisée entre les ministères de la Marine et des Pêcheries, de l'Agriculture, et du Revenu de l'intérieur. Sous la Commission de conservation, il y avait le Conseil national d'hygiène qui conseillait les gouvernements fédéral et provinciaux sur les questions de santé publique. Plusieurs organismes nationaux qui s'intéressaient aux questions de santé avaient adopté des résolutions et pétitionné le gouvernement pour réclamer la création d'un ministère de la Santé; à plusieurs reprises, une motion avait été présentée à la Chambre des communes relativement à "un comité permanent des statistiques démographiques et de la santé publique". En 1919, le ministère fédéral de la Santé était créé par une loi du Parlement et, en 1928, ce ministère était fusionné avec celui du Rétablissement civil des soldats pour former le ministère des Pensions et de la Santé nationale. En 1944, ce dernier ministère est dissous; les services de santé pour anciens combattants passent au ministère des Affaires des anciens combattants et un nouveau ministère est créé, celui de la Santé nationale et du Bien-être social.

La plupart des services fédéraux de santé sont maintenant centralisés dans ce ministère, bien qu'un certain nombre de fonctions connexes relèvent d'autres ministères.

### Santé internationale

Un aspect fondamental de l'administration de la santé au Canada se rattache à la responsabilité du gouvernement fédéral en fait de relations internationales; le facteur hygiène entre en jeu dans plusieurs des traités et accords commerciaux en vigueur entre le Canada et d'autres pays.

Le Canada a aussi signé plusieurs importantes conventions et ententes internationales, se rapportant spécifiquement à l'hygiène, notamment les suivantes:

Convention sanitaire internationale de 1926, modifiée par les Conventions de 1938 et de 1944, et par le Protocole de 1946 sur l'*Office international d'hygiène publique;*

Convention sanitaire internationale pour la navigation aérienne, 1944;

Conventions de 1912, 1925, 1931 et 1936 sur l'opium et les stupéfiants, de même que le Protocole de 1946 relatif à ces Conventions, et le Protocole de 1948 qui prolonge la Convention de 1931;

Arrangement international relatif au traitement des marins atteints de maladies vénériennes;

Arrangement international portant dispense des visas consulaires sur les patentes de santé, 1934;

Divers arrangements internationaux sur la nomenclature des causes de décès.

Le Canada est représenté à la Conférence internationale sur la santé de 1946, où des dispositions sont prises pour établir l'Organisation mondiale de la santé; le Canada est le premier pays du monde à ratifier son adhésion à cet organisme.

A titre de membre de l'Organisation mondiale de la santé, le Canada prend de nouveaux engagements dans le domaine international de la santé et maintient ceux qu'il a pris lors de sa participation antérieure à l'œuvre de l'*Office international d'hygiène publique* et de l'Organisation de santé de la Société des Nations.

L'Organisation mondiale de santé, un organisme spécialisé des Nations Unies, est chargée de diriger et de coordonner l'œuvre internationale de santé.

Elle a pour fonctions d'apporter une aide technique aux gouvernements pour renforcer les services de santé et, en cas de crise, d'encourager les recherches dans le domaine de la santé, de stimuler, avec d'autres organismes au besoin, l'éradication des maladies épidémiques, endémiques et autres, la prévention des accidents, l'amélioration du régime alimentaire, du logement, l'assainissement, les loisirs, l'amélioration des conditions économiques, et d'autres initiatives dans les domaines de l'hygiène mentale et de la santé publique.

Les responsabilités en hygiène internationale, assumées par le Canada à titre de membre de l'Organisation mondiale de la santé, comprennent la garde et la distribution des étalons de biologie, de vitamines et d'hormones et la participation à l'élaboration de la nouvelle Nomenclature internationale des maladies, traumatismes et causes de décès.

Le Canada prend encore des responsabilités en fait de santé publique en conséquence de sa participation à la Commission des questions sociales, à la Commission des stupéfiants et aux Commissions statistique et démographique du Conseil économique et social des Nations Unies, et au Fonds international de secours à l'enfance du Conseil.

Les organismes spécialisés des Nations Unies dont les fonctions touchent par certains côtés à la santé, et auxquels le Canada est représenté, comprennent, outre l'Organisation mondiale de la santé, l'Organisation internationale du travail, l'Organisation de l'alimentation et de l'agriculture, l'Organisation éducative, scientifique et culturelle, l'Organisation de l'aviation civile internationale et l'Organisation internationale des réfugiés.

Outre des conventions internationales de portée plus étendue, le Canada a conclu plusieurs ententes avec les États-Unis, qui comportent des arrangements en collaboration entre les autorités canadiennes et américaines sur des questions de santé publique, notamment la double-pratique, l'exportation des mollusques et crustacés, et l'inspection des approvisionnements d'eau des vaisseaux en service sur les Grands lacs et des moyens de transport public en service international.

### MINISTÈRE DE LA SANTÉ NATIONALE ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL

L'activité du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social en matière de santé relève du sous-ministre de la Santé, par l'intermédiaire de quatre directorats administratifs, qui s'occupent respectivement des Services de la santé publique, des études sur l'assurance-santé, des aliments et des drogues et du Service de la santé des Indiens.

L'œuvre du Conseil canadien d'hygiène, qui comprend des représentants des ministères provinciaux de la Santé et de groupes nationaux intéressés, facilite les relations avec les autorités provinciales de santé dans l'administration du Programme national d'hygiène et dans la coordination générale des services. Le travail du Conseil est décrit dans une section subséquente du présent chapitre.

En 1948, un Comité consultatif national, représentant plusieurs groupes professionnels organisés de santé, est nommé pour conseiller le ministère dans l'administration du programme de subventions.

Le travail du ministère comporte le maintien de services relatifs aux conventions internationales et à l'administration du pays. Ces services sont assurés surtout par les Divisions suivantes:

Quarantaine, service médical de l'immigration et du traitement des marins malades
Médecine de l'aviation civile
Génie sanitaire
Laboratoire d'hygiène

A la Direction du Service de la santé des Indiens incombe la responsabilité des services médicaux et de santé pour les Indiens cependant que la Division de santé des fonctionnaires fédéraux dirige un programme général pour protéger la santé des employés de l'État.

La Direction des aliments et des drogues, par ses Divisions de l'inspection, du laboratoire et des spécialités pharmaceutiques et médicaments brevetés, établit les normes et réglemente la distribution et la vente des aliments, des drogues et des médicaments.

La lutte aux stupéfiants est faite par une division distincte, qui travaille en collaboration étroite avec la Gendarmerie royale du Canada.

Relativement au problèmes nationaux de santé où le gros de la responsabilité effective est entre les mains des provinces, le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social administre les subventions autorisées en vertu du Programme national d'hygiène, fournit des services de consultation aux autorités de santé, provinciales et autres, et prend part aux programme d'enseignement.

La Direction des études sur l'assurance-santé administra le programme de subventions avec l'aide de plusieurs divisions spécialisées. Elle s'occupe aussi de conduire des recherches et de dresser des projets relativement à l'élaboration d'un programme national d'assurance-santé.

Les divisions spécialisées qui s'intéressent à différents aspects de la santé publique sont les suivantes:

Hygiène maternelle et infantile
Epidémiologie
Hygiène industrielle
Lutte contre la cécité
Hygiène alimentaire
Hygiène dentaire
Lutte antivénérienne
Hygiène mentale
Plans d'hôpitaux

Chacune de ces divisions met des services consultatifs à la disposition des différents ministères du gouvernement fédéral.

En plus d'assurer des services de laboratoire à l'échelle nationale, le Laboratoire d'hygiène agit en relation étroite avec les laboratoires provinciaux de santé et remplit une série de fonctions qui se rapportent au travail de toutes les divisions du ministère.

Certaines parties du travail du ministère sont exécutées conjointement pour les services de la santé et du bien-être social, entre autres la bibliothèque du ministère, les recherches sociales et les services de publicité et de renseignements centralisés, y compris l'enseignement sur la santé publique au moyen de la radio, de publications et d'autres moyens d'information des masses.

### Initiatives d'autres ministères fédéraux

Outre les services du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, d'autres ministères fédéraux s'occupent aussi des questions de santé.

Le ministère des Affaires des anciens combattants administre le programme de soins médicaux et d'hospitalisation pour les anciens combattants admissibles au traitement, cependant que le ministère de la Défense nationale pourvoit au traitement des membres des forces armées.

Le Bureau fédéral de la statistique fait la statistique générale relativement à la santé publique et au bien-être. Dans le domaine de la statistique démographique, l'activité fédérale est coordonnée avec l'activité provinciale par le Conseil de la statistique démographique du Canada, dont le travail est décrit plus loin. Le programme d'initiatives relatives à la statistique démographique et à la santé est décrit au chapitre sur *L'organisation, les recherches et la statistique.*

Le Conseil national de recherches administre les subventions pour les recherches médicales; le ministère de l'Agriculture a des responsabilités étendues relativement à l'inspection des aliments; et le ministère des Mines et Ressources, dans l'administration des parcs nationaux, se charge de l'assainissement du milieu.

## INITIATIVES PROVINCIALES ET LOCALES

Dans toutes les provinces, les autorités publiques ont établi de vastes programmes de santé. Le fonctionnement effectif des services relève à la fois des administrations provinciales et locales.

### Services provinciaux

Les initiatives provinciales de santé sont dirigées par des ministères ou des bureaux de santé. Cinq provinces, soit la Nouvelle-Écosse, le Québec, l'Ontario, la Saskatchewan et l'Alberta, ont un ministère distinct de la Santé ou de la Santé publique. Dans les autres provinces, la besogne est assignée à des départements responsables à la fois de la santé et du bien-être. Presque toutes les provinces ont un bureau provincial de santé, ou l'équivalent, qui agit à titre consultatif, mais en Alberta, le bureau remplit un rôle plus positif et exerce des pouvoirs exécutifs et administratifs.

Dans le passé, l'activité des ministères provinciaux de santé couvrait surtout les services de prévention et des services de traitement limités aux maladies mentales, à la tuberculose et aux maladies vénériennes. Depuis quelques années, les provinces tendent à accroître les services individuels de santé, y compris l'hospitalisation et les soins médicaux.

Les services de santé sont administrés de différentes manières dans les diverses provinces mais les fonctions provinciales comprennent généralement l'organisation et l'administration centrales, l'application de programmes qui concernent toute la province, les services de consultation aux autorités locales, l'application effective des règlements sur les services locaux, le maintien des services essentiels dans les régions sans organisation municipale, et la participation au travail des unités sanitaires dans les régions où elles existent.

Dans les ministères provinciaux, la responsabilité des différentes phases du travail incombe généralement à des divisions administratives distinctes.

Les initiatives provinciales relatives à l'ensemble du programme des services de santé relèvent généralement de divisions ou d'unités qui s'occupent des services suivants:

Administration générale
Relevés et organisation en matière de santé
Recherches et statistique (compris la démographie)

Les services publics de santé comprennent des initiatives de certaine ampleur, où domine surtout le caractère préventif. La liste de divisions ci-dessous indique la portée générale de ces entreprises:

Lutte aux maladies transmissibles
Hygiène maternelle et infantile
Service des infirmières en santé publique
Enseignement de l'hygiène
Laboratoires
Génie sanitaire
Hygiène industrielle
Hygiène dentaire

Un autre groupe de services provinciaux administre les programmes préventifs conçus en regard de certains problèmes de santé qui offrent un intérêt public spécial y compris l'administration ou la surveillance des programmes de traitement proprement dit. Ce travail est effectué par les divisions suivantes:

Lutte antivénérienne
Prévention de la tuberculose
Hygiène mentale
Lutte anticancéreuse

En plus de fournir les soins médicaux et l'hospitalisation à ceux qui souffrent de certaines maladies, les autorités provinciales de santé participent aux programmes généraux d'hospitalisation et de soins

## TABLEAU 2.—INITIATIVES DES MINISTÈRES PROVINCIAUX EN MATIÈRE DE SANTÉ

(SOURCE: Ministères provinciaux de la Santé)

### ÎLE DU PRINCE-ÉDOUARD

- Ministre de la Santé et du Bien-être
- Sous-ministre de la Santé et du Bien-être
- Hygiéniste en chef
- Statistiques démographiques
- Lutte contre les maladies transmissibles
- Lutte antituberculeuse
- Lutte anti-vénérienne
- Laboratoires
- Assainissement
- Services des infirmières en hygiène publique
- Enseignement de l'hygiène
- Hygiène dentaire
- Commission de sanatorium
  - Sanatorium provincial
- Hôpital provincial pour maladies mentales

### NOUVELLE-ÉCOSSE

- Ministre de la Santé
- Sous-ministre
- Administration centrale
- Statistiques démographiques et épidémiologie
- Laboratoires
- Maladies vénériennes
- Aptitude physique et alimentation
- Génie sanitaire et assainissement
- Neuro-psychiatrie
- Hygiène industrielle
- Unités sanitaires
  - Maladies vénériennes, tuberculose et maladies transmissibles aiguës.
  - Assainissement
  - Services des infirmières en hygiène publique
  - Hygiène maternelle, infantile et scolaire
- Hôpitaux provinciaux
  - Clinique du cancer
  - Hôpital général Victoria
  - Sanatorium de la Nouvelle-Écosse
  - Hôpital de la Nouvelle-Écosse
  - Hôpital Roseway
  - Inspection des hôpitaux locaux

### NOUVEAU-BRUNSWICK

- Ministre de la Santé et des Services sociaux
- Médecin hygiéniste en chef et Officier général de l'état civil
- Laboratoires
- Service de la lutte contre les maladies transmissibles
- Services de l'hygiène maternelle et infantile
- Services des infirmières en hygiène publique
- Districts sanitaires
  - Médecins hygiénistes de district
  - Inspection des écoles par les infirmières
  - Maladies transmissibles et tuberculose
  - Bureaux de santé de sous-district
  - Inspection sanitaire
  - Inspection des aliments
- Services d'hôpitaux
- Services du diagnostic anti-cancéreux
- Services de la lutte anti-tuberculeuse
- Services d'hygiène dentaire
- Services du bien-être de l'enfance
- Services de poliomyélite
- Services de génie sanitaire
- Hôpitaux provinciaux
  - Hôpitaux pour tuberculeux
  - Hôpital provincial pour les maladies mentales

### QUÉBEC

- Ministre de la Santé
- Sous-ministre
- Sous-ministre adjoint
- Administration
- Démographie
- Epidémiologie
- Maladies vénériennes
- Laboratoires
- Génie sanitaire
- Enseignement de l'hygiène publique
- Hygiène industrielle
- Hygiène mentale—asiles d'aliénés
- Alimentation
- Publicité
- Cliniques de tuberculose, dispensaires, etc.
- Directeur des services
- Unités et districts sanitaires
- Soins médicaux aux colons
- Administration des hôpitaux

### ONTARIO

- Ministre de la Santé
- Sous-ministre et médecin hygiéniste en chef
- Sous-ministre adjoint
- Adjoint du médecin hygiéniste en chef
- Division des hôpitaux (hôpitaux d'Ontario et d'hygiène mentale)
- Hygiène industrielle
- Lutte anti-tuberculeuse
- Lutte anti-vénérienne
- Génie sanitaire
- Laboratoire
- Services des infirmières en hygiène publique
- Enregistrement des infirmières
- Administration en hygiène publique
- Epidémiologie
- Services dentaires
- Hygiène maternelle et infantile
- Inspecteur des hôpitaux (publics et privés)
- Administrateur
- Bibliothèque
- Centre de santé publique
- Statistique médicale
- Statistiques démographiques (Officier général de l'état civil)

### MANITOBA

- Ministre de la Santé et du Bien-être public
- Sous-ministre
- Bureau de santé
  - Division de la santé
    - Administration
      - Administration générale
      - Statistique et archives
      - Enseignement du bien-être social et de l'hygiène
      - Recherches administratives
    - Assainissement du milieu
      - Génie sanitaire
      - Hygiène industrielle
      - Inspection des aliments et du lait
    - Services de médecine préventive
      - Epidémiologie
      - Lutte anti-vénérienne
      - Lutte anti-tuberculeuse
      - Hygiène maternelle et infantile
      - Services des infirmières en hygiène publique
    - Services de santé par extension
      - Hospitalisation
      - Services locaux de santé
      - Laboratoire provincial
      - Recherches
      - Prophylaxie dentaire
    - Aptitude physique
    - Formation du personnel
    - Service dans les territoires non organisés
    - Service d'urgence par avion
  - Division de la psychiatrie
    - Psychiatrie
    - Institutions pour maladies mentales
    - Hygiène mentale

### SASKATCHEWAN

- Ministre de la Santé publique
  - Sous-ministre
    - Administration
    - Statistiques démographiques
    - Maladies transmissibles
    - Lutte anti-vénérienne
    - Laboratoires
    - Assainissement
    - Services des infirmières en hygiène publique
    - Enseignement de l'hygiène
    - Hygiéniste alimentaire
    - Services d'hygiène mentale
    - Services régionaux d'hygiène
  - Commission d'organisation des services de santé
    - Bureau du président
    - Plan des services hospitaliers de la Saskatchewan
    - Services médicaux
    - Organisation et administration d'hôpitaux
    - Recherches et statistique

### ALBERTA

- Ministre de la Santé
- Sous-ministre de la Santé
- Bureau provincial de santé
- Administration générale
- Enseignement de l'hygiène publique
- Maladies transmissibles
- Services en cancer
- Entomologie
- Services médicaux et d'hôpital
- Laboratoire provincial
- Hôpitaux municipaux
- Hygiène mentale
  - Institutions pour maladies mentales
- Génie sanitaire
- Hygiène dentaire
- Hygiène sociale
- Lutte anti-tuberculeuse
  - Sanatoriums et cliniques
- Statistiques démographiques
- Services des infirmières en hygiène publique
  - Hygiène maternelle et infantile
  - Cliniques ambulantes
- Services en alimentation

### COLOMBIE-BRITANNIQUE

- Ministre de la Santé et du Bien-être
  - Sous-ministre de la Santé
    - Bureau d'administration
      - Bureau central
      - Division des statistiques démographiques
      - Division de l'enseignement de l'hygiène publique
    - Bureau des services locaux de santé
      - Division des unités sanitaires
      - Division des infirmières en hygiène publique
      - Division de l'assainissement du milieu
      - Services en alimentation
      - Division de la prophylaxie dentaire
    - Bureau des services spéciaux de prophylaxie et de traitement
      - Division de la lutte anti-tuberculeuse
      - Division de la lutte anti-vénérienne
      - Division des laboratoires
      - Infirmeries provinciales
  - Service d'assurance-hospitalisation
  - Secrétaire provincial
    - Hôpitaux pour maladies mentales
      - Cliniques de médecine psychologique
    - Administration des hôpitaux
    - Services de comptabilité

médicaux. Le champ d'activité varie d'une province à l'autre, mais la plupart des ministères de la Santé font l'inspection des hôpitaux, leur accordent des permis et administrent des octrois pour l'exploitation des hôpitaux ainsi que pour leur expansion. Deux provinces administrent des programmes obligatoires d'assurance-hospitalisation.

Les programmes de soins médicaux publics sont administrés de différentes manières dans les diverses provinces; dans certaines régions, l'administration est partagée avec les autorités du bien-être.

Le tableau 2 indique l'ampleur du programme en vigueur dans chaque province; il donne les initiatives de santé de chaque gouvernement provincial.

### Services locaux

L'étendue de la responsabilité locale varie considérablement mais les municipalités dans la plupart des provinces fournissent une gamme de services essentiels de santé publique et participent au coût de l'hospitalisation des personnes qui répondent aux conditions de résidence.

La liste d'entreprises suivantes indique l'étendue du programme en vigueur dans les grands centres:

Lutte contre les maladies transmissibles
Inspection des aliments et du lait
Assainissement et logement
Enseignement de l'hygiène
Hygiène des mères, des bébés et des enfants (y compris l'hygiène dentaire)
Hygiène des adultes (y compris l'hygiène industrielle)
Services de laboratoires
Statistique démographique et archives
Administration des octrois aux hôpitaux
Soins médicaux aux indigents

Pendant plusieurs années, les services de santé publique dans les grandes villes étaient plus perfectionnés que dans les petits centres et les régions rurales. Cette différence est compensée par l'organisation d'unités sanitaires disposant de personnels à temps continu; ces unités servent les comtés ou autres agglomérations de régions d'administration locale.

La première unité expérimentale au Canada a été fondée en Colombie-Britannique. Québec suit avec l'introduction du système d'unités de comté en 1926. Depuis, le nombre de personnes desservies par les unités sanitaires augmente constamment, de même que l'envergure du travail accompli.

Ce genre d'organisation est une caractéristique propre à toutes les provinces; celles-ci partagent avec les autorités locales concernées les responsabilités financières et administratives. L'attribution des responsabilités varie d'une province à l'autre, mais la participation provinciale tend à augmenter de plus en plus. Dans certaines provinces, les unités sanitaires possèdent une autonomie comparable à celle des services de santé urbains, tandis que dans d'autres, elles sont essentiellement des "succursales" du ministère provincial de la Santé.

Bien que le programme administré par les unités sanitaires ait été limité jusqu'ici aux services essentiels de la santé publique, il y a maintenant une tendance à le coordonner avec les services de santé personnelle et, dans certaines régions rurales, avec l'administration du bien-être public.

## LE CONSEIL CANADIEN D'HYGIÈNE PUBLIQUE

Cet organisme est chargé de mettre en corrélation et de coordonner les entreprises fédérales et provinciales de santé publique. Il comprend le médecin sanitaire en chef (sous-ministre) de chaque province, un conseiller scientifique et quatre profanes, qui représentent respectivement le travail, l'agriculture et les associations féminines, rurales et urbaines. Le sous-ministre de la Santé nationale est président.

En vertu du Programme national d'hygiène, le Conseil canadien d'hygiène publique a reçu le pouvoir de conseiller le gouvernement fédéral au sujet de l'administration des subventions aux provinces.

## LE CONSEIL DES STATISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES DU CANADA

Le Conseil a été établi dans le but de faciliter la collaboration entre les gouvernements fédéral et provinciaux quant à l'emploi des statistiques et des archives démographiques et aussi pour assurer la création et le maintien d'un système répondant aux exigences toujours grandissantes dans les domaines fédéral et provinciaux. Le statisticien du Dominion est président et le Conseil comprend un représentant de chaque province, qui est le fonctionnaire activement responsable du bureau provincial des statistiques démographiques, un pour le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest, et les chefs des Services des statistiques démographiques et du recensement du Bureau fédéral de la statistique.

---

Sources:

Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social:

Dr G. D. W. Cameron, sous-ministre de la Santé nationale.
Ministères provinciaux de la Santé.

# 4. ORGANISATION, RECHERCHES ET STATISTIQUE

L'évolution des services de santé au Canada est caractérisée par l'expansion de certaines fonctions ayant trait à l'ensemble du programme mis en œuvre par les autorités de santé fédérales, provinciales et locales. Ces services comprennent: la détermination de projets de santé; la réunion, le calcul et la distribution de statistiques démographiques ainsi que de statistiques sur la santé publique et l'administration de programmes d'hospitalisation de tous genres; et l'organisation et l'administration de programmes de recherches portant spécifiquement sur les aspects médicaux et sociaux des programmes de santé. La formation du personnel en santé publique est aussi essentielle aux services de santé sous tous leurs aspects. Elle est étudiée au chapitre intitulé *Personnel.*

Les services de laboratoire et l'enseignement de l'hygiène se rattachent à tous les services de santé mais vu qu'ils se sont formés en tant que partie du programme fondamental de la santé publique, ils sont étudiés au chapitre sur l'*Hygiène publique en général.*

## ORGANISATION DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Depuis longtemps, les autorités de la santé publique s'occupent de projeter des entreprises en tant que partie de l'évolution générale des programmes destinés à protéger et améliorer la santé, tant individuelle que collective. A mesure que les services deviennent plus complexes et que la responsabilité publique s'accroît davantage, relativement aux soins de tous genres, le problème de coordonner l'organisation des disponibilités et des services devient plus pressant.

L'organisation de la santé comprend trois éléments fondamentaux, étroitement reliés entre eux: la détermination des soins requis par l'étude des conditions de la santé et des facteurs des problèmes de santé dans différentes régions; la revue des dispositions actuelles pour constater jusqu'à quel point elles répondent aux besoins; et la détermination des mesures à introduire pour faire face aux exigences en souffrance.

Dans toutes les provinces, le travail d'organisation s'est étendu depuis l'introduction du premier stade du Programme national d'hygiène, qui comprend un octroi à chaque gouvernement provincial aux fins de conduire une enquête générale sur la santé. Cet octroi est mis à la disposition des provinces afin de les aider à établir les rouages nécessaires pour assurer le meilleur emploi possible des autres octrois à l'hygiène, prévoir l'extension des disponibilités hospitalières et organiser convenablement l'assurance contre les frais médicaux et hospitaliers.

En vertu de cette subvention, qui n'est pas renouvelée, une somme de $625,000 est mise à la disposition des provinces à raison d'un octroi uniforme de $5,000 à chacune, le reste étant calculé d'après la population, sous la réserve que l'octroi à une province ne doit jamais être inférieur à $15,000.

Les enquêtes ainsi subventionnées se font de différentes façons dans les diverses provinces; la façon généralement en usage comprend la nomination d'une commission technique sous l'autorité du ministère provincial de la Santé pour la direction effective de l'enquête.

Des dispositions sont prises afin que ces groupes reçoivent l'avis de commissions nommées pour représenter à la fois ceux qui fournissent les services de santé et ceux qui en profitent.

Le tableau suivant indique le montant de la subvention mis à la disposition de chaque province.

OCTROI POUR LES ENQUÊTES EN MATIÈRE DE SANTÉ
(en milliers de dollars)

| Province | Octroi |
|---|---|
| Île du Prince-Édouard | 15·0 |
| Nouvelle-Écosse | 33·4 |
| Nouveau-Brunswick | 27·4 |
| Québec | 174·8 |
| Ontario | 196·6 |
| Manitoba | 39·0 |
| Saskatchewan | 43·5 |
| Alberta | 42·6 |
| Colombie-Britannique | 52·7 |
| Coût total au gouvernement fédéral | **625·0** |

## RECHERCHES

La plupart du temps, les recherches médicales se font par l'intermédiaire des universités et des hôpitaux enseignants, parfois en collaboration avec des institutions dotées. La Division des recherches médicales du Conseil national de recherches accorde des octrois pour les problèmes de recherches et des bourses d'étude pour les recherches postscolaires en médecine.

Durant l'année 1948-1949, 118 projets de recherches sont subventionnés; les dépenses à cette fin s'élèvent à $264,000. Une somme supplémentaire de $65,000 est consacrée à 31 bourses médicales.

Un tiers seulement des projets de recherches se font dans le domaine des recherches fondamentales; le reste comprend des enquêtes cliniques ou l'étude de problèmes dont découleraient certains renseignements qui pourraient être employés dans le diagnostic, le traitement ou la prévention de maladies.

Dans la préparation et la direction de ses entreprises, la Division des recherches médicales reçoit l'assistance d'une Commission consultative, qui représente les différentes branches de la profession médicale et les sociétés médicales. Il n'y a aucune restriction sur le genre de projet de recherches médicales auxquels le Conseil national de recherches peut accorder son appui, sauf dans le cas de recherches sur le cancer ou sur l'hygiène publique, pour lesquelles des dispositions spéciales sont prises.

Les recherches sur le cancer se font sous les auspices de l'Institut national du cancer, en tant que partie du programme général de cet organisme, qui est décrit dans le chapitre sur le *Cancer*. Durant l'exercice financier 1948-1949, l'Institut accorde son appui à 42 projets distincts de recherches sur le cancer par des octrois au total de $159,000. Un montant supplémentaire de $17,500 est dépensé pour sept bourses.

Les gouvernements provinciaux collaborent aussi aux recherches médicales au moyen d'octrois aux universités, à d'autres institutions ou à des personnes qui se livrent à des programmes approuvés.

Les recherches sur l'hygiène publique au Canada n'ont pas été très étendues mais des plans sont en préparation en vue d'une augmentation marquée de ce travail comme partie du Programme national d'hygiène.

Bien que les recherches en hygiène ne relèvent pas spécifiquement du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, l'extension des services de laboratoire a donné naissance à des entreprises de recherches assez complètes qui viennent se greffer à cette phase de l'administration de l'hygiène publique. Dans une certaine mesure, une situation analogue existe dans les provinces et des dispositions ont été prises entre le gouvernement fédéral et les autorités provinciales en vue de travailler en collaboration en matière de recherches de laboratoire.

Le chapitre sur l'*Hygiène publique en général* traite des services du Laboratoire fédéral d'hygiène et de ceux des laboratoires provinciaux.

Le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social se livre aussi à des recherches de laboratoire en rapport avec l'administration de la loi des aliments et des drogues; il fait aussi des enquêtes au sujet des normes alimentaires.

La Division fédérale de l'hygiène industrielle poursuit aussi des recherches sur les risques industriels et l'amélioration des conditions de travail. Le chapitre sur l'*Hygiène publique en général* traite de ces aspects du programme du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.

### Recherches subventionnées en hygiène publique

Les recherches en hygiène publique peuvent être étendues grâce à des dispositions coopératives entre le gouvernement fédéral et les provinces, les sommes nécessaires étant obtenues en vertu du Programme national d'hygiène.

La subvention aux recherches en matière d'hygiène publique, qui a atteint $100,000 en 1948-1949 et qui sera augmentée jusqu'à concurrence de $500,000, n'est pas répartie entre les provinces. Elle est plutôt affectée à des projets déterminés susceptibles d'améliorer la santé publique dans toutes les provinces.

La Section des recherches du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social fait des recherches sur les aspects économiques et sociaux des services d'hygiène.

## STATISTIQUE

La statistique des services d'hygiène au Canada est faite conjointement par des organismes fédéraux, provinciaux, locaux et non gouvernementaux qui exercent leur activité dans le champ général des statistiques démographiques, de la santé et de l'hospitalisation. Le Bureau fédéral de la statistique est chargé des services statistiques à l'échelle nationale et la Division de la santé et du bien-être du Bureau exécute le travail de réunion, de compilation et d'analyse des différents genres de statistiques en santé publique.

Les statistiques démographiques, au sens traditionnel, s'appuient sur l'enregistrement des naissances, décès et mariages aux endroits où ces événements se produisent. Cette documentation est remise aux autorités provinciales qui les mettent à la disposition du bureau des statistiques démographiques nationales du Bureau fédéral de la statistique où les données sur les naissances, les mortinatalités, les mariages, les divorces et les décès sont compilées et classées selon le domicile. Ces renseignements servent à un grand nombre de fins relatives aux services de santé et permettent de mesurer les changements dans la population qui influent sur la situation économique et sociale en général.

Depuis 1945, les statistiques démographiques sont employées dans la préparation des index provinciaux essentiels au régime national des allocations familiales.

La classification des renseignements sur la mortalité est faite selon la Nomenclature internationale des causes de décès. C'est la Section de la statistique en santé publique qui compare la mortalité canadienne avec celle des autres pays et poursuit des études spéciales sur les causes particulières de décès.

En juillet 1948, l'Assemblée mondiale de la santé a adopté une Nomenclature internationale des maladies, traumatismes et causes de décès, préparée par la Commission des experts de l'Organisation mondiale de la santé et recommandée par la Sixième Conférence décennale de revision lors de sa réunion à Paris en avril 1948.

Cette classification, dont l'adoption représente le point culminant de cinq ans de travail intensif par les autorités mondiales en fait de statistique sur la santé, réunit pour la première fois les maladies et les causes de décès.

Le Canada a participé au travail des différentes commissions préparatoires; il était représenté officiellement à la Commission des experts de l'Organisation mondiale de la santé.

La nouvelle classification sera employée lors de la publication des statistiques officielles de la mortalité nationale au Canada arrêtées au 1er janvier 1950; elle servira de base dans l'élaboration des statistiques de morbidité. Le ministère fédéral des Affaires des anciens combattants s'en sert pour classer les données sur la morbidité générale. Elle est employée dans la statistique de morbidité des hôpitaux par les ministères provinciaux de la Santé ainsi que par d'autres autorités en santé publique qui s'engagent dans ce domaine.

Dans l'accomplissement de ses fonctions générales en ce qui regarde la statistique de la santé, le Bureau fédéral de la statistique sert le public et les autorités fédérales et provinciales de santé. Ce travail comprend une série étendue de fonctions, dont la plupart sont remplies par la Division de la statistique de la santé et du bien-être.

Quant aux maladies déclarables, les rapports faits au départements locaux de la santé et aux autorités provinciales sont transmis chaque semaine au Bureau où ils sont compilés d'une manière uniforme pour toutes les provinces et sont tenus à la disposition des autorités de la santé de toutes les parties du pays.

Des enquêtes spéciales sont effectuées en collaboration avec d'autres ministères fédéraux et avec les gouvernements provinciaux. La Division maintient ausssi un service consultatif sur la méthode statistique en général ainsi que sur les projets spéciaux; à la demande des autorités provinciales, elle collabore à la formation des personnels préposés à la statistique.

La Section de la santé publique a entrepris une enquête sur les systèmes de pensions et de bien-être, y compris les services de santé, dans les établissements industriels canadiens. Cette enquête se poursuit en collaboration avec le ministère du Travail et le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social. En collaboration avec ce dernier ministère, la Section fait une étude sur la morbidité parmi les employés du gouvernement fédéral.

La Section de la santé publique a entrepris des études spéciales sur le problème du cancer. En 1947, elle a participé aussi à une étude sur la fréquence de l'arthrite effectuée pour le compte du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social par le Service des sondages de la Division centrale de recherches et de développement du Bureau fédéral de la statistique.

La Section des institutions de la Division de la santé et du bien-être prépare des statistiques sur le fonctionnement des hôpitaux; elle publie chaque année des rapports séparés sur les sanatoriums, les institutions pour maladies mentales et les hôpitaux généraux.

La Section de la santé publique analyse la statistique de l'hospitalisation en tant que partie d'une étude générale entreprise en rapport avec l'élaboration de données statistiques sur les services de santé et leur coût.

*Initiatives des provinces.*—Des services de statistique ont été formés dans les ministères de la Santé ou les organismes connexes, comme partie de l'administration des programmes généraux des provinces. Toutes les provinces ont un bureau des statistiques démographiques et certaines provinces dirigent des programmes plus étendus relativement aux statistiques médicales et aux statistiques sur les services de santé, surtout sur l'hospitalisation.

---

SOURCES DE RENSEIGNEMENTS:

Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social: Dr J. H. Horowicz, Direction des études sur l'assurance-santé.

Conseil national de recherches, Division des recherches médicales.

Institut national du cancer.

Ministères provinciaux de la Santé.

# 5. PERSONNEL*

Les programmes d'hygiène sont réalisés grâce au travail des médecins, des dentistes, des infirmières et des autres travailleurs qui effectivement assurent les services pour protéger les collectivités et améliorer la santé individuelle. Plusieurs groupements professionnels, dans leurs représentations aux corps publics, ont souligné le besoin de personnel qualifié supplémentaire pour l'expansion des services de santé et l'introduction de l'assurance-santé.

## MÉDECINS

La Division des recherches du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social compile des renseignements sur le recrutement et la répartition des médecins au Canada d'après des relevés effectués durant la guerre par la Commission canadienne de recrutement et de répartition du personnel médical.

*Tendance générale*

De 1911 à 1947, le nombre de médecins au Canada augmente de 77 p. 100. Bien que cette augmentation soit considérable, la proportion de médecins n'augmente que légèrement par rapport à la population générale.

Le tableau 3 donne le nombre de médecins dans chaque province et la population générale par médecin pour les années de recensement 1911-1941 et pour l'année 1947.

Le rapport population-médecins change remarquablement peu durant la période couverte par le tableau 3. En 1911, il y a 970 personnes par médecin contre 938 en 1947.

L'augmentation apparente du nombre de médecins en 1947 comparativement à 1941 provient surtout du retour à la pratique civile des médecins des forces armées.

TABLEAU 3—MÉDECINS[1] ET POPULATION PAR MÉDECIN, CANADA ET PROVINCES, ANNÉES DE RECENSEMENT 1911-1941, ET 1947

(Source: Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social)

| — | Médecins | | | | | Population par médecin | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1911 | 1921 | 1931 | 1941 | 1947 | 1911 | 1921 | 1931 | 1941 | 1947[2] |
| CANADA | **7,411** | **8,706** | **10,020** | **10,723**[1] | **13,098**[1] | **970** | **1,008** | **1,034** | **1,072**[1] | **938**[1,2] |
| Île du Prince-Édouard | 72 | 68 | 63 | 67 | 72 | 1,302 | 1,303 | 1,397 | 1,419 | 1,306 |
| Nouvelle-Écosse | 408 | 457 | 445 | 428 | 506 | 1,207 | 1,146 | 1,152 | 1,350 | 1,210 |
| Nouveau-Brunswick | 281 | 268 | 269 | 270 | 309 | 1,252 | 1,447 | 1,518 | 1,694 | 1,553 |
| Québec | 2,000 | 2,216 | 2,747 | 3,162 | 3,671 | 1,003 | 1,065 | 1,046 | 1,054 | 989 |
| Ontario | 3,053 | 3,459 | 3,934 | 4,197 | 5,250 | 828 | 848 | 872 | 902 | 782 |
| Manitoba | 433 | 557 | 666 | 659 | 779 | 1,066 | 1,095 | 1,051 | 1,107 | 933 |
| Saskatchewan | 379 | 524 | 584 | 527 | 609 | 1,299 | 1,446 | 1,578 | 1,700 | 1,363 |
| Alberta | 369 | 548 | 583 | 603 | 749 | 1,014 | 1,074 | 1,255 | 1,320 | 1,068 |
| Colombie-Britannique | 416 | 609 | 729 | 810 | 1,153 | 943 | 861 | 952 | 1,010 | 870 |

[1] Comprend les médecins civils seulement. En juin 1941, les forces armées comptent 1,150 médecins actifs; en 1947, le chiffre correspondant est de 165.

[2] Afin de permettre la comparaison avec le tableau 4, cette colonne est fondée sur un calcul estimatif de la population en 1946, faite par le Bureau fédéral de la statistique.

* *Dans le présent chapitre et les suivants, les totaux des tableaux statistiques ne comprennent pas le Yukon ni les Territoires du Nord-Ouest.*

TABLEAU 4—POPULATION[1] DES COLLECTIVITÉS URBAINES CANADIENNES DE PLUS DE 10,000 ET D'AUTRES RÉGIONS PAR RAPPORT AU NOMBRE DE MÉDECINS[2], 1947

| Province | Collectivités urbaines | | | | | | | | | Autres collectivités | | | Total | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Plus de 150,000 | | | 30,000–150,000 | | | 10,000–30,000 | | | | | | | | |
| | Population | Médecins | Population par médecin | Population | Médecins | Population par médecin | Population | Médecins | Population par médecin | Population | Médecins | Population par médecin | Population[1] | Médecins[2] | Population par médecin |
| CANADA | **3,482,268** | **5,857** | **595** | **1,228,505** | **2,045** | **601** | **858,874** | **1,107** | **776** | **6,713,353** | **3,715** | **1,807** | **12,283,000** | **12,724** | **965** |
| Île du Prince-Édouard | | | | | | | 16,000 | 28 | 571 | 78,000 | 41 | 1,902 | 94,000 | 69 | 1,362 |
| Nouvelle-Écosse | | | | 149,765[3] | 195 | 768 | 46,272 | 35 | 1,322 | 415,963 | 253 | 1,644 | 612,000 | 483 | 1,267 |
| Nouveau-Brunswick | | | | 70,455[4] | 86 | 819 | 44,315 | 65 | 682 | 365,230 | 147 | 2,485 | 480,000 | 298 | 1,611 |
| Québec | 1,424,105[5] | 2,273 | 627 | 125,877 | 128 | 983 | 254,728 | 266 | 958 | 1,825,290 | 913 | 1,999 | 3,630,000 | 3,580 | 1,014 |
| Ontario | 1,305,410[6] | 2,332 | 560 | 476,964[7] | 886 | 538 | 394,927 | 574 | 688 | 1,929,699 | 1,346 | 1,434 | 4,107,000 | 5,138 | 799 |
| Manitoba | 310,403[8] | 527 | 589 | | | | 17,147 | 26 | 660 | 399,450 | 201 | 1,987 | 727,000 | 754 | 964 |
| Saskatchewan | | | | 101,367 | 222 | 457 | 36,599 | 49 | 747 | 692,034 | 315 | 2,197 | 830,000 | 586 | 1,416 |
| Alberta | | | | 213,077 | 409 | 521 | 28,886 | 40 | 722 | 558,037 | 270 | 2,067 | 800,000 | 719 | 1,113 |
| Colombie-Britannique | 442,350[9] | 725 | 610 | 91,000[10] | 119 | 765 | 20,000 | 24 | 833 | 449,650 | 229 | 1,964 | 1,003,000 | 1,097 | 914 |

[1]Les chiffres de la population des collectivités urbaines (sauf certaines exceptions dans le Québec et le Nouveau-Brunswick) sont ceux publiés par le *Citizens' Research Institute* pour 1946; ils sont fondés sur les rapports municipaux. Les calculs estimatifs du Bureau fédéral de la statistique de la population des neuf provinces en 1946 sont utilisés à toute fin de comparaison.

[2]Ne comprend pas 374 médecins inscrits au tableau 3. Plusieurs d'entre eux sont des anciens médecins militaires dont le domicile provincial est connu, mais non l'endroit exact du domicile. Ces médecins sont inclus dans les rapports pour les provinces, au tableau 3.

[3]La région d'Halifax comprend Dartmouth.

[4]Saint-Jean, y compris la population de Lancaster et de Simonds au recensement de 1941.

[5]Comprend la région métropolitaine de Montreal*.

[6]Comprend la région métropolitaine de Toronto*.

[7]Comprend la région métropolitaine de Windsor*.

[8]Comprend la région métropolitaine de Winnipeg*.

[9]Comprend la région métropolitaine de Vancouver*.

[10]Victoria, y compris Saanich et Oak-Bay.

*"Régions métropolitaines" selon la définition donnée dans *Statistique comparative des finances publiques.*

Le rapport population-médecins est un indice approximatif de la disponibilité relative de soins médicaux, mais le fait que ce rapport a changé ou non depuis 20 ou 30 ans ne révèle pas la situation véritable. Il doit être considéré en fonction d'autres facteurs. Par exemple, le caractère de la pratique médicale a changé depuis quelques années; les visites à domicile prennent aujourd'hui beaucoup moins de temps du médecin qu'autrefois, à cause de l'amélioration des moyens de transport, du développement de la médecine scientifique et de la tendance vers l'hospitalisation.

Bien que ces facteurs tendent à augmenter le nombre de personnes qui peuvent être desservies par un seul médecin, la demande de soins médicaux par tête est plus grande qu'autrefois; les maladies chroniques et d'autres genres qui exigent des soins prolongés sont devenues relativement plus importantes que les états aigus ne comportant que des périodes de soins relativement courtes.

La répartition des médecins canadiens entre les provinces n'a pas changé beaucoup durant la période. L'Ontario et la Colombie-Britannique ont la plus petite population desservie par chaque médecin; le Québec et le Manitoba viennent ensuite. La Saskatchewan et le Nouveau-Brunswick ont le plus grand nombre de personnes par médecin. Depuis quelques années, il y a proportionnellement moins de nouveaux médecins dans les provinces Maritimes, et proportionnellement plus dans les provinces des Prairies.

Le recensement des Prairies de 1946 indique que la Saskatchewan reçoit la plus forte proportion de médecins venus d'autres parties du Canada dans l'Ouest durant la période 1941-1946. Le Manitoba a le groupe le plus stable de médecins; 88 p. 100 d'entre eux ne changent pas de province de domicile et près des trois quarts vivent dans la même municipalité aux deux dates de recensement.

Le recensement de 1946 révèle aussi que la migration des médecins vers les villes est caractéristique des trois provinces durant la période 1941-1946.

*Répartition*

Dans toutes les parties du Canada, les médecins tendent de plus en plus à se concentrer dans les grandes villes. C'est la conséquence de l'extension de la médecine scientifique moderne et de la tendance à l'urbanisation au Canada.

Le tableau 4 donne la répartition des médecins par rapport à l'étendue de la localité où ils pratiquent. Ce tableau indique le nombre moyen de personnes par médecin dans les villes de plus de 150,000; dans celles de 30,000 à 150,000; dans celles de 10,000 à 30,000; et dans toutes les autres localités(1). Vu que très peu de médecins habitent normalement les banlieues résidentielles des grandes villes et que ce sont ordinairement les médecins des villes qui voient aux besoins médicaux de ces districts environnants, la population et le nombre de médecins des grandes régions métropolitaines ont été employés de préférence aux totaux des villes mêmes.

Environ 46 p. 100 des médecins canadiens sont concentrés dans les sept régions urbaines ayant chacune une population de plus de 150,000. Il a été constaté que dans toutes les grandes villes du pays, le rapport entre la population et le nombre de médecins est à peu près constant; ce rapport s'établit à 595.

Quelque 16 p. 100 de tous les médecins canadiens pratiquent dans des villes de 30,000 à 150,000 âmes.

Pour les centres de cette importance, la Saskatchewan, avec un quotient de 457, est mieux pourvue de médecins que toute autre province cependant que les quotients favorables de l'Alberta et de l'Ontario sont attribuables à la présence de centres d'enseignement médical à Edmonton, London et Kingston. Ce sont les localités québécoises de ce groupe qui ont le moins de médecins, soit un quotient de 983, comparativement à la moyenne nationale de 601.

Moins de 9 p. 100 des médecins du pays habitent les centres urbains de 10,000 à 30,000 âmes; le quotient national est de 776 personnes par médecin. Dans ce groupe, la répartition fluctue beaucoup entre les provinces; la Nouvelle-Écosse, le Québec et la Colombie-Britannique ont les plus fortes populations relativement au nombre de médecins.

Pour tous les centres de plus de 10,000 habitants, ce sont la Nouvelle-Écosse et le Nouveau-Brunswick qui ont le moins de médecins, soit respectivement 852 et 760 personnes par médecin. La Saskatchewan et l'Alberta en ont le plus, soit des quotients respectifs de 509 et 539. Les autres provinces sont relativement près de la moyenne nationale de 618.

Les localités de moins de 10,000 habitants, qui réunissent approximativement 55 p. 100 de la population, n'ont à leur service que 29 p. 100 des médecins du pays, soit un médecin par 1,807 personnes. La rareté de médecins dans ces petites localités est la plus prononcée au Nouveau-Brunswick, où le rapport population-médecin est de 2,485. Elle est assez marquée aussi dans le Québec et toutes les provinces de l'Ouest. C'est l'Ontario qui a relativement le plus de médecins dans ce groupe, avec un quotient de 1,434.

Dans presque toutes les provinces, la rareté de médecins dans les régions rurales est devenue plus accentuée durant la période d'après-guerre. Le nombre total de médecins civils augmente avec la démobilisation, mais le nombre de médecins qui exercent dans les régions rurales continue à diminuer numériquement et proportionnellement.

Certaines provinces adoptent des mesures pour encourager les médecins à pratiquer dans les petites localités et les régions rurales. Ces mesures comprennent des octrois aux médecins traitants et des

(1) La plupart des totaux de la population urbaine sont ceux de 1946, l'année la plus récente dont les chiffres soient disponibles; les rapports médecins-population générale des provinces au tableau 4 sont fondés sur la population estimative en 1946 à toute fin de comparaison. Tel que le dit le renvoi (1) du tableau 4, les chiffres de 1946 n'étaient pas connus pour certains centres du Québec et du Nouveau-Brunswick; des rapports antérieurs sont utilisés dans ces cas.

TABLEAU 5—SPÉCIALISTES CERTIFIÉS[1] AU CANADA, SELON LA SPÉCIALITÉ ET LA PROVINCE DE DOMICILE, 1947

| | Chirurgie générale | Médecine interne | Obstétrique et gynécologie | Yeux, oreilles nez et gorge | Neurologie et psychiatrie | Pédiatrie | Chirurgie orthopédique | Urologie | Dermatologie et Syphilologie | Pathologie et bactériologie | Radiologie | Anesthésie | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **CANADA** | **783** | **477** | **253** | **362** | **212** | **175** | **95** | **103** | **48** | **124** | **157** | **275** | **3,064** |
| Île du Prince-Édouard | 8 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | — | — | — | 1 | — | — | 16 |
| Nouvelle-Écosse | 42 | 9 | 3 | 17 | 3 | 2 | 2 | 4 | — | 3 | 6 | 13 | 104 |
| Nouveau-Brunswick | 41 | 12 | 4 | 10 | 4 | 2 | 1 | 2 | 1 | 4 | 5 | 9 | 95 |
| Québec | 155 | 143 | 62 | 84 | 40 | 49 | 28 | 23 | 19 | 29 | 39 | 65 | 736 |
| Ontario | 319 | 212 | 125 | 152 | 112 | 85 | 39 | 43 | 17 | 62 | 61 | 135 | 1,362 |
| Manitoba | 34 | 21 | 15 | 18 | 13 | 9 | 9 | 9 | 3 | 4 | 7 | 12 | 154 |
| Saskatchewan | 43 | 20 | 7 | 21 | 7 | 4 | 2 | 6 | 1 | 5 | 9 | 8 | 133 |
| Alberta | 48 | 22 | 8 | 21 | 10 | 10 | 4 | 5 | 2 | 6 | 8 | 12 | 156 |
| Colombie-Britannique | 93 | 37 | 27 | 37 | 22 | 13 | 10 | 11 | 5 | 10 | 22 | 21 | 308 |

[1] Spécialistes certifiés par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Fondé sur le *Registre* du Collège. Les renvois au tableau 6 donnent les spécialistes inclus dans les différentes catégories.

bourses aux étudiants en médecine qui s'engagent à exercer dans les régions rurales pendant un certain temps après qu'ils auront été diplômés. Le Manitoba possède le plan le plus complet de bourses de ce genre. A la fin de 1948, 27 étudiants en médecine reçoivent de l'aide en vertu du plan et quatre font leur internat, cependant que six médecins, qui avaient reçu de l'assistance antérieurement, exercent à la campagne, conformément aux termes de l'entente.

Un programme semblable est en voie d'exécution dans Québec.

*Spécialistes*

En juillet 1947, il y a 3,064 spécialistes certifiés par le Collège royal des médeeins et chirurgiens du

TABLEAU 6—SPÉCIALISTES CERTIFIÉS[1] AU CANADA SELON L'IMPORTANCE DE LA LOCALITÉ DU DOMICILE[2], 1947

| Spécialités | Localités urbaines | | | Autres localités | Total |
|---|---|---|---|---|---|
| | Plus de 150,000 | 30,000–150,000 | 10,000–30,000 | | |
| **TOTAL** | **1,749** | **713** | **305** | **297** | **3,064** |
| Chirurgie générale[3] | 342 | 196 | 103 | 142 | 783[3] |
| Médecine interne[4] | 310 | 108 | 31 | 28 | 477[4] |
| Obstétrique et gynécologie[5] | 167 | 52 | 22 | 12 | 253[5] |
| Yeux, oreilles, nez et gorge[6] | 195 | 86 | 57 | 24 | 362[6] |
| Neurologie et psychiatrie[7] | 114 | 33 | 23 | 42 | 212[7] |
| Pédiatrie | 125 | 38 | 9 | 3 | 175 |
| Chirurgie orthopédique | 73 | 20 | 2 | — | 95 |
| Urologie | 73 | 23 | 5 | 2 | 103 |
| Dermatologie et syphilologie | 41 | 7 | — | — | 48 |
| Pathologie et bactériologie[8] | 78 | 32 | 8 | 6 | 124[8] |
| Radiologie[9] | 84 | 47 | 16 | 10 | 157[9] |
| Anesthésie | 147 | 71 | 29 | 28 | 275 |

[1]Spécialistes certifiés par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Fondé sur le *Registre* du Collège.
[2]La base de la population est semblable à celle qui est décrite au renvoi 1 du tableau 4.
[3]Comprend 22 spécialistes en neurochirurgie, 13 en chirurgie plastique et 7 en chirurgie thoracique.
[4]Comprend 7 spécialistes en physique médicale.
[5]Comprend 33 spécialistes en obstétrique et 21 en gynécologie.
[6]Comprend 116 spécialistes en ophthalmologie et 117 en otolaryngologie.
[7]Comprend 156 spécialistes en psychiatrie, 57 en neurologie et psychiatrie et 9 en neurologie.
[8]Comprend 11 spécialistes en pathologie et 25 en bactériologie.
[9]Comprend 90 spécialistes en radiologie diagnostique et thérapeutique, 59 en radiologie diagnostique et 8 en radiologie thérapeutique.

Canada. Sur ce nombre, 1,362, soit 44 p. 100 exercent en Ontario, 736 ou 24 p. 100 dans le Québec et 308 soit 10 p. 100 en Colombie-Britannique. Le tableau 5 donne la répartition des spécialistes selon la spécialité et selon la province de domicile.

Vingt-six pour cent de tous les certificats de spécialiste sont pour la chirurgie générale; 16 p. 100 pour la médecine interne; 12 p. 100 pour les yeux, les oreilles, le nez et la gorge; 9 p. 100 pour l'anesthésie; et 8 p. 100 pour l'obstétrique et la gynécologie.

En général, la répartition des spécialistes suit celle de tous les médecins, bien que la concentration dans les grands centres urbains soit plus accentuée, surtout dans le centre du pays. Environ 57 p. 100 de tous les spécialistes habitent les grands centres urbains; 23 p. 100 les villes moyennes; 10 p. 100 les petits centres urbains; et moins de 10 p. 100 les localités de moins de 10,000 habitants.

Le tableau 6 indique la répartition des spécialistes selon l'importance de la localité pour l'ensemble du pays.

Le degré de concentration dans les grands centres n'est pas le même pour tous les genres de spécialistes. En général, les spécialités se rapportant à des groupes plus étroits d'états tendent à se concentrer davantage dans les centres urbains. Par exemple, les grandes villes ne comptent que 57 p. 100 des spécialistes en chirurgie générale contre 74 p. 100 des spécialistes en chirurgie orthopédique. La médecine interne et l'obstétrique et la gynécologie présentent des exceptions remarquables. Deux tiers de chacun de ces groupes de spécialistes se trouvent dans les plus grands centres urbains du pays.

Près de la moitié des spécialistes qui pratiquent dans les petites villes et les régions rurales sont des chirurgiens; vu l'emplacement des sanatoriums et des hôpitaux pour maladies mentales, bon nombre de spécialistes en médecine interne (tuberculose) et de psychiatres sont comptés parmi les spécialistes qui pratiquent en dehors des cités. Très peu de spécialistes en obstétrique, en pédiatrie ou en maladies des yeux, des oreilles, du nez et de la gorge pratiquent dans les petites localités.

*Age des médecins*

En 1947, les médecins dans le groupe d'âge de 35-64 ans forment 61·4 p. 100 du total canadien, contre 64·6 p. 100 en 1931. En même temps, le nombre de médecins plus âgés passe de 8·3 p. 100 en 1931 à 11·1 p. 100 en 1947. Le pourcentage de médecins de moins de 35 ans augmente légèrement aussi, soit 27·5 p. 100 en 1947 contre 26·7 en 1931.

Au tableau 7 paraît la répartition proportionnelle des médecins civils entre ces trois groupes d'âge, en 1931, 1941 et 1947.

Le changement le plus remarquable dans la répartition par âge par région durant cette période, est l'augmentation constante de la proportion de jeunes médecins dans l'Ouest du Canada. Le pourcentage de médecins âgés de plus de 65 ans enregistre aussi une augmentation prononcée cependant que la proportion de médecins de 35 à 64 ans diminue fortement. En Nouvelle-Écosse et en Ontario, le pourcentage de médecins de 35 à 64 ans diminue légèrement cependant que le groupe plus âgé accuse une augmentation correspondante. Dans le Québec, ces deux groupes d'âge enregistrent des pourcentages plus élevés; le changement est neutralisé par une réduction du nombre de jeunes médecins. A cet égard, l'expérience du Québec diffère de celles de toutes les autres provinces.

TABLEAU 7—RÉPARTITION PROPORTIONNELLE DES MÉDECINS PAR GROUPES D'ÂGE, CANADA ET PROVINCES[1]

1931, 1941 ET 1947

| — | Année | Groupe d'âge | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | En-dessous de 35 | 35-64 | 65 et plus | Total |
| CANADA..... | 1931 | **27·1** | **64·6** | **8·3** | **100·0** |
| | 1941 | **26·7** | **62·5** | **10·8** | **100·0** |
| | 1947 | **27·5** | **61·4** | **11·1** | **100·0** |
| Île du Prince-Édouard..... | 1931 | 14·3 | 63·5 | 22·2 | 100·0 |
| | 1941 | 19·4 | 53·7 | 26·9 | 100·0 |
| | 1947 | 24·3 | 58·1 | 17·6 | 100·0 |
| Nouvelle-Écosse | 1931 | 26·5 | 61·6 | 11·9 | 100·0 |
| | 1941 | 29·2 | 56·6 | 14·2 | 100·0 |
| | 1947 | 27·7 | 59·4 | 12·9 | 100·0 |
| Nouveau-Brunswick... | 1931 | 19·7 | 63·9 | 16·4 | 100·0 |
| | 1941 | 20·7 | 66·0 | 13·3 | 100·0 |
| | 1947 | 23·6 | 64·6 | 11·8 | 100·0 |
| Québec..... | 1931 | 32·0 | 60·6 | 7·4 | 100·0 |
| | 1941 | 28·7 | 61·4 | 9·9 | 100·0 |
| | 1947 | 27·9 | 62·5 | 9·6 | 100·0 |
| Ontario..... | 1931 | 26·3 | 64·7 | 9·0 | 100·0 |
| | 1941 | 24·8 | 65·0 | 10·2 | 100·0 |
| | 1947 | 25·9 | 63·5 | 10·6 | 100·0 |
| Manitoba..... | 1931 | 31·2 | 62·0 | 6·8 | 100·0 |
| | 1941 | 32·8 | 55·5 | 11·7 | 100·0 |
| | 1947 | 34·8 | 54·5 | 10·7 | 100·0 |
| Saskatchewan.. | 1931 | 23·3 | 71·9 | 4·8 | 100·0 |
| | 1941 | 23·9 | 65·8 | 10·3 | 100·0 |
| | 1947 | 31·2 | 57·1 | 11·7 | 100·0 |
| Alberta..... | 1931 | 21·8 | 72·4 | 5·8 | 100·0 |
| | 1941 | 29·3 | 60·4 | 10·3 | 100·0 |
| | 1947 | 32·8 | 54·4 | 12·8 | 100·0 |
| Colombie-Britannique.. | 1931 | 19·6 | 72·3 | 8·1 | 100·0 |
| | 1941 | 23·7 | 62·6 | 13·7 | 100·0 |
| | 1947 | 24·4 | 60·5 | 15·1 | 100·0 |

[1]Fondé sur le *Relevé des médecins, 1947* (ministère de la Santé nationale et du Bien-être social).

*Recrutement futur des médecins*

Le nombre effectif de médecins susceptibles d'être admis à la pratique au Canada dans un avenir rapproché peut être évalué d'après le nombre d'étudiants qui obtiendront probablement leurs diplômes des collèges de médecine, ainsi que d'après l'immigration, l'émigration, le rapatriement des étudiants de naissance étrangère, les décès et les retraites.

*Déversement des facultés de médecine canadiennes*

Le recrutement des médecins au Canada dépend surtout des disponibilités en existence au pays aux fins d'instruction et d'éducation médicales. Il y a actuellement neuf facultés de médecine où les médecins reçoivent leurs diplômes.

A l'école de médecine de l'Université d'Ottawa, les étudiants actuels pourront profiter d'un cours complet de médecine durant l'année 1950-1951. L'Université de la Colombie-Britannique ouvrira aussi une école de médecine à l'automne 1949.

Durant la période 1920-1939 la moyenne des diplômés en médecine s'établit à 517 par an. Ce chiffre est dépassé durant chacune des six années subséquentes, grâce à l'accélération des programmes de formation pour satisfaire aux exigences des forces armées. Durant ces années, la moyenne annuelle des diplômés en médecine atteint 630.

Les effets de l'accélération des cours de médecine durant la guerre se font sentir en 1946 et 1947; beaucoup moins d'étudiants sont alors diplômés. En 1948, le nombre de diplômés remonte encore; selon les chiffres estimatifs donnés au tableau 8, fournis par les doyens des facultés de médecine des universités, la moyenne annuelle de diplômés dans un avenir rapproché dépassera sensiblement celle de la plupart des années de guerre; elle sera bien au-dessus de 700 durant les cinq années de 1948 à 1952.

*Immigration et émigration*

D'après un relevé du personnel médical effectué en 1943, le rapatriement des étudiants de naissance étrangère durant les années d'avant-guerre faisait perdre au pays un pourcentage estimatif de 5 à 10 p. 100 du nombre de diplômés des écoles canadiennes de médecine.

On a estimé que 62 diplômés en médecine en 1947, soit environ 10 p. 100 de toute la promotion, étaient des étudiants nés à l'étranger qui ne sont pas demeurés au pays.

Quant à l'immigration, des estimations fondées sur l'expérience dans 7 des 9 organismes provinciaux qui émettent des permis, indiquent que 40 médecins, environ, obtiennent des permis ou des certificats d'autorisation durant l'année terminée le 30 juin 1947, et restent au Canada.

Le *Registre des médecins* tenu à jour par le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social est notifié du départ de 179 médecins qui laissent le pays durant l'année terminée le 1er juillet 1947 pour aller pratiquer à l'étranger. Tous ces médecins avertissent de leur propre chef; le total réel de l'émigration est probablement beaucoup plus élevé.

Durant la même période, 183 médecins laissent le Canada pour entreprendre des études postscolaires à l'étranger. Il est impossible de prédire combien parmi ce groupe reviendront pratiquer au Canada.

*Retraite et décès*

D'après le relevé de 1943, 6·6 p. 100 de tous les médecins civils ne pratiquent plus. Les archives du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social indiquent que 5·6 p. 100 des médecins civils sont à la retraite en juillet 1947.

TABLEAU 8—DIPLÔMÉS D'ÉCOLES DE MÉDECINE CANADIENNES[1], MOYENNE QUINQUENNALE DE 1941-1945 ET PAR ANNÉE, 1946-1952

| Université | Moyenne 1941-1945 | 1946 | 1947 | 1948 | 1949[2] | 1950[2] | 1951[2] | 1952[2] |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Dalhousie | 46 | — | 28 | 34 | 41 | 45 | 58 | 50 |
| Laval | 70 | 104 | 4 | 107 | 120 | 150 | 70 | 110 |
| McGill | 112 | 2 | 95 | 119 | 132 | 109 | 108 | 116 |
| Montréal | 62 | — | 80 | 100 | 85 | 83 | 98 | 97 |
| Ottawa | — | — | — | — | — | — | 50 | 50 |
| Queen's | 52 | 40 | 39 | — | 43 | 50 | 50 | 50 |
| Toronto | 142 | 135 | 127 | 127 | 155 | 165 | 153 | 183 |
| Western | 39 | 38 | 34 | 40 | 54 | 97 | 58 | 60 |
| Manitoba | 68 | 63 | — | 64 | 60 | 64 | 70 | 90 |
| Alberta | 44 | 41 | 15 | 76 | 34 | 44 | 52 | 50 |
| Total | **635** | **423** | **422** | **667** | **724** | **807** | **767** | **856** |

[1]Fondé sur le *Relevé des médecins, 1947* (Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social).
[2]Chiffres estimatifs.

Le nombre de décès chez les médecins canadiens s'établit en moyenne à 224 par an durant la période quinquennale 1941-1945. Ce chiffre augmentera probablement, à cause de l'augmentation générale du nombre de médecins et de l'augmentation parmi les groupes d'âge plus avancé.

## DENTISTES

Le nombre de dentistes au Canada a plus que doublé durant la période 1911-1946. Ce changement va de pair avec un accroissement de la population mais l'augmentation du nombre de dentistes est relativement plus rapide; elle se reflète dans un changement favorable du rapport population-dentistes. Le tableau 9 donne le nombre de dentistes et la population par dentiste, par province, durant la période 1911-1946.

Il y a beaucoup de différence entre les provinces quant aux services dentaires disponibles. La Saskatchewan et le Nouveau-Brunswick ont les plus fortes populations desservies par chaque dentiste en 1946 cependant que l'Ontario et la Colombie-Britannique ont les quotients les plus favorables de population-dentistes.

La plupart des dentistes canadiens habitent des localités urbaines; les centres de 10,000 et plus comptent 1 dentiste par 1,743 personnes contre 1 par 5,788 personnes dans les localités de moins de 10,000 habitants.

TABLEAU 9—DENTISTES ET POPULATION PAR DENTISTE, CANADA ET PROVINCES, ANNÉES DE RECENSEMENT 1911-1941 et 1946

(Source: Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social)

| | Dentistes | | | | | Population par dentiste | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1911 | 1921 | 1931 | 1941 | 1946 | 1911 | 1921 | 1931 | 1941 | 1946 |
| CANADA | **2,183** | **3,158** | **4,039** | **3,740**[1] | **4,355**[2] | **3,294** | **2,779** | **2,566** | **3,072**[1] | **2,820**[2] |
| Île du Prince-Édouard | 22 | 22 | 29 | 22 | 28 | 4,260 | 4,028 | 3,036 | 4,320 | 3,357 |
| Nouvelle-Écosse | 125 | 154 | 161 | 146 | 192 | 3,939 | 3,402 | 3,185 | 3,959 | 3,188 |
| Nouveau-Brunswick | 98 | 112 | 124 | 101 | 112 | 3,591 | 3,463 | 3,292 | 4,529 | 4,286 |
| Québec | 327 | 629 | 831 | 868 | 1,029 | 6,134 | 3,753 | 3,459 | 3,839 | 3,528 |
| Ontario | 1,127 | 1,377 | 1,852 | 1,683 | 1,878 | 2,242 | 2,130 | 1,853 | 2,251 | 2,184 |
| Manitoba | 130 | 217 | 251 | 210 | 246 | 3,549 | 2,812 | 2,789 | 3,475 | 2,955 |
| Saskatchewan | 89 | 183 | 223 | 188 | 194 | 5,533 | 4,139 | 4,134 | 4,766 | 4,294 |
| Alberta | 105 | 191 | 231 | 201 | 259 | 3,565 | 3,081 | 3,167 | 3,961 | 3,100 |
| Colombie-Britannique | 160 | 273 | 337 | 321 | 417 | 2,453 | 1,922 | 2,060 | 2,548 | 2,405 |

[1]Comprend les dentistes civils seulement. En juin 1941, les forces armées comptent 470 dentistes.

[2]Dentistes enregistrés à l'Association dentaire du Canada en 1946, non compris 104 membres du Service dentaire de l'Armée canadienne et 73 autres dont l'adresse exacte n'est pas connue. Huit de ces derniers sont temporairement en dehors du Canada.

Le tableau 10 donne la répartition des dentistes par rapport à l'importance de la localité où ils exercent.

Soixante-treize pour cent des dentistes du Canada habitent les centres urbains de plus de 10,000 habitants en 1946; ils sont répartis assez également entre ces localités. Les cités de l'Ontario et de l'Ouest du Canada sont un peu mieux pourvues que les autres régions urbaines.

La rareté de dentistes dans les régions rurales se fait sentir le plus dans le Manitoba et le Québec, et le moins en Ontario.

*Recrutement futur*

Le tableau 11 donne le nombre de diplômés des facultés d'art dentaire au Canada durant la période quinquennale 1941-1945 et pour chaque année de 1946 à 1950.

Le nombre de diplômés diminue fortement en 1948 vu la cessation des programmes de formation d'urgence mais il y aura probablement des augmentations marquées en 1949 et 1950 par suite du nombre beaucoup plus élevé d'anciens combattants étudiants. Il est prévu que le nombre d'étudiants qui seront diplômés chaque année se stabilisera plus tard à environ 200 par an.

La diminution du nombre de dentistes par la mort et la retraite est d'environ 90 par an en 1945 et 1946.

*Amélioration du recrutement*

Les mesures proposées pour surmonter la pénurie de dentistes comprennent l'expansion des services préventifs, y compris les programmes scolaires d'hygiène dentaire, et l'emploi plus étendu de personnel auxiliaire, infirmières, assistants et techniciens dentaires.

TABLEAU 10—POPULATION DES LOCALITÉS URBAINES CANADIENNES[1] DE 10,000 ET PLUS ET D'AUTRES RÉGIONS PAR RAPPORT AU NOMBRE DE DENTISTES[2], 1946

| Province | Localités urbaines | | | | | | | | | Autres localités | | | Total | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Plus de 150,000 | | | 30,000–150,000 | | | 10,000–30,000 | | | | | | | | |
| | Population | Dentistes | Population par dentiste | Population | Dentistes | Population par dentiste | Population | Dentistes | Population par dentiste | Population | Dentistes | Population par dentiste | Population | Dentistes | Population par dentiste |
| CANADA | **3,482,268** | **2,011** | **1,732** | **1,228,505** | **711** | **1,728** | **858,874** | **473** | **1,816** | **6,713,353** | **1,160** | **5,788** | **12,283,000** | **4,355** | **2,820** |
| Île du Prince-Édouard | | | | | | | 16,000 | 14 | 1,143 | 78,000 | 14 | 5,571 | 94,000 | 28 | 3,357 |
| Nouvelle-Écosse | | | | 149,765 | 78 | 1,920 | 46,272 | 22 | 2,103 | 415,963 | 92 | 4,521 | 612,000 | 192 | 3,188 |
| Nouveau-Brunswick | | | | 70,455 | 32 | 2,202 | 44,315 | 30 | 1,477 | 365,230 | 50 | 7,305 | 480,000 | 112 | 4,286 |
| Québec | 1,424,105 | 669 | 2,129 | 125,877 | 46 | 2,736 | 254,728 | 109 | 2,337 | 1,825,290 | 205 | 8,904 | 3,630,000 | 1,029 | 3,528 |
| Ontario | 1,305,410 | 908 | 1,438 | 476,964 | 253 | 1,885 | 394,927 | 232 | 1,702 | 1,929,699 | 485 | 3,979 | 4,107,000 | 1,878 | 2,187 |
| Manitoba | 310,403 | 192 | 1,617 | | | | 17,147 | 10 | 1,715 | 399,450 | 44 | 9,078 | 727,000 | 246 | 2,955 |
| Saskatchewan | | | | 101,367 | 78 | 1,300 | 36,599 | 26 | 1,408 | 692,034 | 90 | 7,689 | 830,000 | 194 | 4,278 |
| Alberta | | | | 213,077 | 162 | 1,315 | 28,886 | 23 | 1,256 | 558,037 | 74 | 7,541 | 800,000 | 259 | 3,089 |
| Colombie-Britannique | 442,350 | 242 | 1,828 | 91,000 | 62 | 1,468 | 20,000 | 7 | 2,857 | 449,650 | 106 | 4,242 | 1,003,000 | 417 | 2,405 |

[1]Voir au tableau 4, renvoi 1, la base de la population.
[2]Dentistes enregistrés à l'Association dentaire du Canada en 1946, non compris 104 membres du Service dentaire de l'Armée canadienne et 73 autres dont l'adresse exacte n'est pas connue. Huit de ces derniers sont temporairement en dehors du Canada. Fondé sur la liste officielle de l'Association dentaire du Canada.

TABLEAU 11—DIPLÔMÉS DES FACULTÉS CANADIENNES D'ART DENTAIRE, MOYENNE QUINQUENNALE 1941-1945 ET PAR ANNÉE, 1946-1950

(Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social)

| Université | Moyenne 1940–45 | 1946 | 1947 | 1948 | 1949[1] | 1950[1] |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Dalhousie | 9 | — | 10 | 9 | 6 | 10 |
| McGill | 15 | 5 | 18 | 15 | 35 | 36 |
| Montréal | 26 | 41 | 36 | 38 | 43 | 64 |
| Toronto | 60 | 56 | 75 | 24[2] | 75 | 177 |
| Alberta | 16 | — | 10 | 13 | 22 | 51 |
| Total | **126** | **102** | **149** | **99** | **181** | **338** |

[1]Chiffres estimatifs.
[2]Cours en voie de revision.

Plusieurs provinces ont adopté des lois sur les hygiénistes dentaires ou les assistants de bureau semi-professionels qui débarrassent les dentistes des travaux élémentaires. Le nombre exact d'hygiénistes dentaires au Canada n'est pas connu.

## INFIRMIÈRES

Il y a au Canada 38,292 infirmières enregistrées en 1948, contre 33,348 en 1945 et 25,223 en 1942. Cette augmentation se reflète dans l'amélioration du quotient population-infirmières. En 1942, il y a une infirmière enregistrée par 461 personnes; en 1948, une par 336 personnes. Le tableau 12 indique le nombre d'infirmières enregistrées au Canada et la population par infirmière enregistrée, en 1942, 1945 et 1948.

Le nombre d'infirmières enregistrées indique le nombre virtuel d'infirmières en service actif. Cependant, les infirmières qui pratiquent effectivement peuvent être beaucoup moins nombreuses vu que des infirmières maintiennent leur enregistrement durant des périodes où elles ne se livrent pas activement à leur profession. L'enregistrement obligatoire de toutes les infirmières du Canada en mars 1943 a fourni un dossier exact du nombre, de l'instruction et de la classification selon l'occupation de tous les membres de ce groupe professionnel. Depuis, il n'y a pas eu de relevé complet des infirmières au Canada.

En mars 1943, les neuf provinces du Canada comptent 52,450 infirmières diplômées; sur ce nombre, 22,122 exercent activement leur profession. Au 31 décembre 1942, il y a 25,223 infirmières enregistrées. Lors de l'enregistrement, près de la moitié des infirmières diplômées étaient en service actif dans les hôpitaux ou dans les écoles d'infirmières. En fait, la proportion est probablement plus forte vu que plusieurs des personnes classées comme infirmières en service particulier sont effectivement employées comme "infirmières spéciales" auprès de patients en particulier dans les hôpitaux.

Ensemble, les infirmières dans les hôpitaux et les écoles et le service particulier forment plus des trois quarts des infirmières en service actif au Canada. Le groupe suivant par ordre d'importance est celui des infirmières en hygiène publique, qui compte moins de 10 p. 100 du total.

Un relevé des infirmières diplômées, effectué en 1948 par l'Association des infirmières canadiennes, indique que ces proportions n'ont pas changé sensiblement. Plus des deux tiers des infirmières au Canada travaillent dans les hôpitaux; le reste se

TABLEAU 12—INFIRMIÈRES ENREGISTRÉES AU CANADA[1], PAR PROVINCE, 1942, 1945 ET 1948

| — | Infirmières enregistrées | | | Population par infirmière enregistrée | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1942[2] | 1945 | 1948 | 1942[2] | 1945 | 1948 |
| CANADA | **25,223**[1] | **33,348**[1] | **38,292**[1] | **461** | **363** | **336** |
| Île du Prince-Édouard | 118 | 145 | 170 | 763 | 634 | 547 |
| Nouvelle-Écosse | 1,035 | 1,545 | 2,077 | 571 | 402 | 306 |
| Nouveau-Brunswick | 641 | 849 | 970 | 724 | 551 | 519 |
| Québec | 4,232 | 5,258 | 6,842 | 801 | 677 | 554 |
| Ontario | 12,128 | 16,845 | 18,200 | 320 | 238 | 236 |
| Manitoba | 1,539 | 1,794 | 1,757 | 470 | 410 | 431 |
| Saskatchewan | 1,218 | 1,513 | 1,813 | 696 | 558 | 471 |
| Alberta | 1,472 | 1,823 | 2,134 | 527 | 453 | 396 |
| Colombie-Britannique | 2,840 | 3,576 | 4,329 | 306 | 265 | 250 |

[1]Fondé sur des renseignements obtenus de l'Association des infirmières canadiennes. Le fait que des infirmières peuvent être enregistrées dans plus d'une province peut entraîner un double emploi dans les totaux nationaux, dont l'étendue n'est pas connue.
[2]Ces chiffres peuvent être comparés avec le nombre d'infirmières qui exercent leur profession, déterminé par un enregistremet obligatoire spécial, effectué en mars 1943. Le nombre d'infirmières qui pratiquent s'établit de la façon suivante; le quotient de population est entre parenthèses: *Canada*, 22,122 (533); Î. P.-É., 120 (758); N.-É., 1,070 (567); N.-B., 722 (641); Qué., 4,475 (773); Ont., 9,939 (394); Man., 1,225 (593); Sask., 999 (843); Alb., 1,305 (607); C.-B. 2,267 (397).

divise également entre le service en hygiène publique, celui de la visite à domicile, le service industriel et le service particulier.

Il n'y a pas de renseignements fiables sur le nombre d'infirmières en service actif en 1948 mais il est probablement de 25,000 à 30,000.

*Infirmières en hygiène publique*

Les renseignements concernant les infirmières en hygiène publique sont relativement à jour. Ces infirmières travaillent à divers titres pour les divisions de santé fédérales, provinciales et municipales, les unités sanitaires rurales, comme infirmières dans les écoles, comme membres du personnel des dispensaires pour la lutte contre la tuberculose et autres maladies transmissibles.

Dans le relevé de 1948, la classification des infirmières en hygiène publique s'étend à celles de ce groupe qui agissent comme infirmières visiteuses, donnent les soins de chevet et enseignent l'hygiène à domicile. Bien que certaines provinces aient établi un service d'infirmières visiteuses en tant que partie du programme général de santé, la plupart des infirmières visiteuses sont employées par des organismes bénévoles tels que l'Ordre des infirmières Victoria au Canada ou l'Association d'infirmières visiteuses Sainte-Elisabeth. Les initiatives propres de ces organismes sont soumises à leur règlementation particulière mais leurs buts ressemblent à ceux de l'Ordre des infirmières Victoria au Canada. Ce dernier compte approximativement une centaine de succursales dont l'activité principale consiste en un service de soins et de conseils d'hygiène distribués au foyer par des infirmières qualifiées, mais à temps partiel. Cinquante pour cent des services sont donnés gratuitement; le revenu provient des autres patients ou des compagnies d'assurance et d'octrois de fonds publics et de dons de particuliers. En 1947, l'Ordre emploie 480 infirmières qui font 906,127 visites à 128,510 patients.

Les infirmières en service industriel sont employées par des fabriques ou des maisons commerciales privées où elles ont la responsabilité des soins d'urgence et des services préventifs ainsi que des programmes d'enseignement de l'hygiène et des examens physiques de routine. Leurs fonctions sont essentiellement semblables à celles des infirmières en hygiène publique qui ne doivent pas donner les soins de chevet. Les données concernant les infirmières en service industriel ne sont pas complètes dans le relevé de 1948.

De 1939 à 1948, le nombre d'infirmières en hygiène publique au Canada, y compris celui des infirmières visiteuses passe de 1,467 à 2,245 soit une augmentation de plus de 50 p. 100.

Ce changement est accompagné d'un déclin prononcé du nombre de personnes par infirmière en hygiène publique, ainsi que l'indique le tableau 13.

La Colombie-Britannique, l'Ontario et le Manitoba sont les mieux pourvus d'infirmières en hygiène publique, tandis que le Nouveau-Brunswick et l'Île du Prince-Édouard ont le plus grand nombre de personnes par infirmière. Le quotient national en 1948 s'établit à 5,728 personnes par infirmière en hygiène publique.

TABLEAU 13—INFIRMIÈRES EN HYGIÈNE PUBLIQUE[1] PROPORTIONNELLEMENT À LA POPULATION, 1939 ET 1948

| — | Nombre d'infirmières | | Population par infirmière | |
|---|---|---|---|---|
| | 1939 | 1948 | 1939 | 1948 |
| CANADA | **1,467** | **2,245** | **7,669** | **5,728** |
| Île du Prince-Édouard | 5 | 8 | 18,800 | 11,625 |
| Nouvelle-Écosse | 34 | 82 | 16,500 | 7,744 |
| Nouveau-Brunswick | 25 | 39 | 17,880 | 12,897 |
| Québec | 525 | 589 | 6,152 | 6,438 |
| Ontario | 627 | 925 | 5,914 | 4,645 |
| Manitoba | 45 | 149 | 16,133 | 5,081 |
| Saskatchewan | 30 | 102 | 30,200 | 8,373 |
| Alberta | 85 | 101 | 9,247 | 8,376 |
| Colombia-Britannique | 91 | 250 | 8,703 | 4,328 |

[1]Y compris celles qui sont employées par les organismes retenant les services d'infirmières visiteuses.

La comparaison des quotients du tableau 13 avec la norme généralement acceptée d'une infirmière en hygiène publique par 2,500 personnes révèle qu'aucune partie du Canada n'est bien pourvue.

*Demande de soins par infirmières*

Bien que le nombre se soit accru relativement à la population, il y a encore pénurie d'infirmières dans toutes les parties du Canada. Les demandes pour service d'infirmières n'ont jamais été si grandes: il y a une augmentation sensible du nombre de patients soignés dans les hôpitaux de tous genres. Grâce à l'amélioration de la situation économique, plus de gens qu'autrefois peuvent se payer l'hospitalisation et les soins infirmiers, pendant que le développement des systèmes d'assurance à prépaiement permet l'hospitalisation d'une plus grande proportion de malades qui en ont besoin.

Selon les renseignements obtenus des hôpitaux par l'Association des infirmières canadiennes, il faudrait dans les hôpitaux généraux 20 p. 100 d'infirmières diplômées de plus, à comparer à 30 p. 100 dans les sanatoriums de tuberculose et plus de 40 p. 100 dans les institutions pour maladies mentales.

Actuellement la pénurie de médecins accroît celle des infirmières professionnelles. En outre, les infirmières, surtout les infirmières stagiaires, sont souvent chargées de travaux qui sont à proprement parler les fonctions des infirmiers et auxiliaires de salles. C'est la conséquence directe de l'insuffisance de ce personnel infirmier auxiliaire.

Tout comme dans le cas des médecins et des dentistes, la pénurie d'infirmières se fait sentir le plus dans les régions rurales.

Le problème est illustré par la situation qui existe au Manitoba où une Commission spéciale, nommée par le gouvernement de la province pour faire enquête sur la formation et le recrutement des infirmières pour les hôpitaux ruraux, déclare en janvier 1948 que les hôpitaux publics du Manitoba rural sont à court de près d'un tiers des infirmières diplômées dont ils ont besoin.

Il y a aussi pénurie sérieuse d'infirmières en service privé. La Commission déclare que la situation ne semble pas devoir s'améliorer vu que le nombre d'infirmières qui s'enregistrent au Manitoba est insuffisant à combler le déficit et à répondre à la demande croissante.

*Recrutement*

Il faut tenir compte de plusieurs facteurs pour déterminer jusqu'à quel point le personnel infirmier au Canada peut suffire à la demande dans les différents domaines. Une caractéristique fondamentale du recrutement des infirmières, c'est la variation de la durée de service avant la retraite; la période de service actif des infirmières diplômées varie beaucoup selon la demande. Bien qu'un tiers de toutes les infirmières diplômées dans les écoles canadiennes se marient dans l'année qui suit le diplôme et que bon nombre se marient après une carrière professionnelle plus longue, plusieurs dans ces deux groupes continuent à faire du service à temps continu ou discontinu s'il y a une demande pour leurs services; le mariage n'est plus nécessairement considéré comme la fin du travail professionnel.

L'émigration et l'immigration semblent avoir très peu d'effet sur le nombre d'infirmières disponibles. Durant la guerre et immédiatement après, des restrictions ont été imposées sur l'émigration des infirmières, cependant que des restrictions semblables dans les autres pays tendent à limiter le nombre d'infirmières qui entrent au Canada à titre d'immigrantes.

Celles qui entrent dans la profession en tant que diplômées des écoles d'infirmières forment l'élément le plus important pour assurer le recrutement d'infirmières en service actif. Il y a deux genres d'écoles: le premier, qui est de beaucoup le plus important au point de vue du nombre d'étudiantes qui obtiennent leurs diplômes, comprend les écoles de formation conduites dans 169 hôpitaux canadiens; elles donnent un cours de trois ans, qui mène au diplôme d'infirmière. Le second comprend des écoles universitaires d'infirmières; ces écoles donnent un cours de cinq ans qui mène à un degré et à un diplôme d'infirmière. Les universités donnent aussi des cours postscolaires en hygiène publique et en d'autres domaines spécialisés de la science infirmière.

Le tableau 14 indique le nombre de diplômées d'écoles d'infirmières durant la période 1941-1948 ainsi que des estimations pour 1949 et 1950.

TABLEAU 14–DIPLÔMÉES DES ÉCOLES CANADIENNES D'INFIRMIÈRES,[1] 1941-1950

| Année | Nombre de diplômées | Année | Nombre de diplômées |
|---|---|---|---|
| 1941 | 3,277 | 1946 | 3,598 |
| 1942 | 3,517 | 1947 | 3,744 |
| 1943 | 3,442 | 1948 | 3,871 |
| 1944 | 3,528 | 1949[2] | 4,450 |
| 1945 | 3,774 | 1950[2] | 4,250 |

[1]Fondé sur des renseignements de l'Association des infirmières canadiennes.
[2]Estimé.

Ce tableau indique le nombre d'infirmières qui sont entrées récemment dans la profession ou y entreront probablement dans un avenir rapproché.

Il tient compte de la perte possible durant la période de formation, laquelle est estimée à 20 p. 100.

Les étudiants abandonnent leurs études pour bien des raisons. Ce qui contribue beaucoup à cette situation est le surcroît de travail imposé aux infirmières stagiaires par suite de la pénurie d'infirmières en service général. Selon une analyse entreprise par l'Association des infirmières canadiennes en 1948, sur les causes d'abandon en cours de formation, les facteurs importants sont: raisons de santé, insuccès en classe, manque d'intérêt à la profession de la part de l'étudiante, et mariage en cours d'études.

Le choix des infirmières stagiaires semble limité par la variété d'emplois que peuvent obtenir celles qui sont appelées à devenir infirmières.

L'absence d'autonomie dans les écoles hospitalières en matière de programmes d'enseignement dont la pratique à l'hôpital ne représente qu'une partie et les difficultés d'ordre économique des hôpitaux qui sont contraints de compenser la hausse des frais quotidiens en imposant du travail supplémentaire aux élèves, constituent un problème de formation professionnelle et de gestion hospitalière dont la solution n'a pas encore été trouvée.

En même temps, dans une école indépendante établie en collaboration avec l'hôpital métropolitain de Windsor, on étudie, à titre démonstratif, le perfectionnement des normes du service d'infirmières et du travail académique et pratique requis pour la formation complète des infirmières. Ce projet est dû à l'initiative conjointe de l'Association des infirmières canadiennes, de la Croix-rouge canadienne et des autorités de la santé publique.

*Personnel infirmier auxiliaire*

Il y a une tendance à faciliter la formation d'un personnel infirmier auxiliaire. Il existe aussi une demande croissante pour que ce groupe, qui comprend les aides des sanatoriums et hôpitaux pour maladies

mentales, auxiliaires de salle, infirmiers et infirmières non diplômés, soit officiellement certifié et autorisé, afin de protéger le public contre les dangers de l'exercice illégal. Le Manitoba a déjà adopté une loi exigeant que tout employé d'hôpital possède un permis dans d'autres provinces et des mesures sont prises pour l'enregistrement des infirmières non diplômées.

Quelques provinces ont organisé des programmes spéciaux pour la formation d'infirmières non diplômées ou d'assistantes-infirmières. L'Alberta compte à la fin de 1948 un total de 228 assistantes-infirmières qui ont complété le cours de formation organisé par la province. En Ontario, 318 aides-infirmières certifiées ont complété leurs cours de septembre 1946 à octobre 1948. A cette dernière date, 89 étudiantes suivent encore le cours.

*Conclusion*

La demande toujours croissante de services d'infirmières met en lumière la nécessité de ménager les ressources en ce domaine par l'utilisation au maximum du personnel disponible et la formation d'un personnel auxiliaire. Afin de réaliser l'expansion du service d'infirmières visiteuses, des efforts spéciaux sont requis tendant à comprimer le besoin d'hospitalisation de ceux qui sont effectivement malades, pendant qu'une importance fondamentale doit être accordée à l'expansion plus poussée des services d'infirmières en hygiène publique, à titre de service préventif.

## PERSONNEL EN SANTÉ PUBLIQUE

En 1948, les autorités en santé publique au Canada emploient 3,337 personnes qualifiées dans les principales catégories du personnel en santé publique: médecins, infirmières en hygiène publique, inspecteurs sanitaires, ingénieurs-hygiénistes et techniciens de laboratoire.

Le tableau 15 donne le personnel employé à temps continu dans chacun de ces groupes.

TABLEAU 15—PERSONNEL EN SANTÉ PUBLIQUE EMPLOYÉ À TEMPS CONTINU PAR DIVERSES AUTORITÉS, 1948[1]

| — | Dominion | Provinces | Unités sanitaires provinciales-locales | Cités et villes |
|---|---|---|---|---|
| Médecins | 125 | 274 | 151 | 110 |
| Infirmières en hygiène publique | 112 | 195 | 636 | 885 |
| Inspecteurs sanitaires | — | 57 | 179 | 219 |
| Ingénieurs-hygiénistes | 13 | 21 | — | 17 |
| Techniciens de laboratoire[2] | 39 | 282[2] | 4 | 18 |

[1] Fondé sur des renseignements des ministères fédéral et provinciaux de la Santé.
[2] Susceptible de comprendre certains assistants de laboratoire.

La plupart sont employés par les ministères provinciaux de la Santé vu que les employés d'unités sanitaires presque partout au Canada sont des employés provinciaux.

En plus des catégories d'employés en santé publique indiquées au tableau 15, les autorités en santé publique emploient en petit nombre des techniciens et travailleurs scientifiques hautement spécialisés.

TABLEAU 16—PERSONNEL EN SANTÉ PUBLIQUE EMPLOYÉ À TEMPS CONTINU[1], PAR PROVINCE, 1948

| — | Médecins | Infirmières en hygiène publique | Inspecteurs sanitaires | Ingénieurs-hygiénistes | Techniciens de laboratoire[2] |
|---|---|---|---|---|---|
| Île du Prince-Édouard | 4 | 8 | 1 | 1 | 4 |
| Nouvelle-Écosse | 19 | 40 | 15 | 2 | 26 |
| Nouveau-Brunswick | 11 | 20 | 4 | 1 | 9 |
| Québec | 160 | 460 | 215 | 25 | 44 |
| Ontario | 186 | 662 | 65 | 5 | 134 |
| Manitoba | 49 | 131 | 55 | 1 | 26 |
| Saskatchewan | 47 | 95 | 37 | 1 | 16 |
| Alberta | 26 | 92 | 28 | 1 | 35 |
| Colombie-Britannique | 33 | 208 | 35 | 1 | 10 |
| Total | 535 | 1,716 | 455 | 38 | 304 |
| Dominion | 125 | 112 | — | 13 | 39 |
| GRAND TOTAL | **660** | **1,828** | **455** | **51** | **343** |

[1] Fondé sur des renseignements obtenus des ministères fédéral et provinciaux de la Santé. Ne comprend pas certains autres travailleurs professionnels notamment les dentistes en santé publique et le personnel des laboratoires scientifiques.
[2] Susceptible de comprendre certains assistants de laboratoire.

Par exemple, le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social emploie, en plus, des travailleurs spécialisés dans les carrières suivantes: 15 bactériologistes, 56 chimistes, 7 dentistes, 16 hygiénistes alimentaires, 1 parasitologiste, 5 pharmacologistes, 1 psychologue et 1 vétérinaire. Dans la plupart de ces catégories les autorités provinciales emploient aussi des professionnels.

Le tableau 16 donne la répartition par province des principales catégories du personnel en santé publique.

En plus des programmes administrés par des employés à temps continu, une partie importante des services d'hygiène au Canada incombe à des employés à temps discontinu, principalement des médecins locaux, qui remplissent les fonctions de médecins hygiénistes et qui collaborent avec les autorités publiques à l'application des lois et règlements pour protéger la santé de la collectivité.

## PERSONNEL HOSPITALIER

L'importance de plus en plus reconnue de la formation spécialisée pour ceux qui s'engagent dans le champ de l'administration des hôpitaux détermine en 1947 l'établissement d'un cours spécial à l'École d'hygiène de l'Université de Toronto. Ce cours combine l'administration proprement dite et l'hygiène publique. Il est entrepris à l'échelon postcolaire. En 1948-1949, 11 étudiants sont inscrits, dont 4 médecins.

## SUBVENTION À LA FORMATION PROFESSIONNELLE

Le régime de subventions introduit en 1948 en tant que partie du Programme national d'hygiène comprend un octroi destiné à la formation spécialisée. Cet octroi, qui s'élève à $500,000 par an, a pour but d'aider à satisfaire au besoin d'un personnel spécialisé plus nombreux dans le domaine de la santé publique et autres sphères connexes. Il est distribué à raison de $4,000 par année à chaque province; le reste est réparti selon la dernière estimation du chiffre de la population obtenu entre les recensements.

La plupart des projets approuvés en vertu de la subvention à la formation professionnelle se rapportent à la santé publique en général et aux soins hospitaliers en général. Par exemple, des projets ont été approuvés relativement à la formation de médecins hygiénistes, d'infirmières de santé publique et d'inspecteurs sanitaires ainsi que des projets relatifs à la formation d'administrateurs et de comptables d'hôpitaux.

Outre les projets qui bénéficient de la subvention à la formation professionnelle, d'autres, tendant à relever le niveau du personnel, ont été approuvés relativement à plusieurs autres subventions, notamment la subvention antivénérienne, la subvention à l'hygiène mentale, la subvention à la lutte contre la tuberculose et la subvention à la santé publique en général.

Le tableau suivant donne les montants mis à la disposition des différentes autorités provinciales en 1948-1949:

SUBVENTION À LA FORMATION PROFESSIONNELLE

(en milliers de dollars)

| Province | Subvention |
|---|---|
| Île du Prince-Édouard | 7·5 |
| Nouvelle-Écosse | 26·9 |
| Nouveau-Brunswick | 22·1 |
| Québec | 141·1 |
| Ontario | 158·8 |
| Manitoba | 31·5 |
| Saskatchewan | 35·1 |
| Alberta | 34·4 |
| Colombie-Britannique | 42·6 |
| **Coût total au gouvernement fédéral** | **500·0** |

SOURCES:

Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Division des recherches:
*Relevé des médecins, 1947*
*Relevé des dentistes, 1946*
Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, *Registre officiel*, 1947.
Association dentaire du Canada, *Liste des membres*, 1946.
Association des infirmières canadiennes.
Ministères provinciaux de Santé.

# 6. HYGIÈNE PUBLIQUE EN GÉNÉRAL

Les premiers services de santé qui furent considérés du domaine des autorités publiques étaient des mesures visant à protéger et améliorer la santé publique. Ces services constituent la base des autres programmes de santé qui sortent des cadres de la catégorie générale à mesure que la collectivité reconnaît un intérêt public à des problèmes spéciaux tels que les maladies vénériennes, la tuberculose et l'hygiène mentale. L'expansion des programmes de traitement organisés pour répondre à ces besoins spéciaux va de pair avec la création de services préventifs et diagnostiques correspondants intégrés au programme général de santé publique. En même temps, les services de santé publique restent en évolution constante en raison de la nécessité de les coordonner sans cesse avec les soins médicaux et hospitaliers et en raison d'éléments généraux tels que le mouvement ascendant de la répartition des maladies chroniques par âge et l'importance croissante de celles-ci.

Certaines initiatives de santé publique sont d'application générale dans le maintien et l'expansion du programme entier. Elles comprennent celles qui sont décrites au chapitre sur *L'organisation, la recherche et la statistique* de même que la formation du personnel, l'enseignement de l'hygiène et les services de laboratoire.

La qualité des services de santé publique dépend du nombre d'hygiénistes disponibles et bien qualifiés pour maintenir et développer les programmes de santé publique. Le chapitre sur *Le Personnel* décrit le recrutement et la répartition du personnel de santé publique.

*Enseignement de l'hygiène*

L'application de mesures modernes de santé publique repose essentiellement sur le degré de compréhension des problèmes de santé par le public. L'enseignement de l'hygiène est donc une partie fondamentale du travail des médecins hygiénistes, des infirmières de santé publique et des autres personnes intéressées à tout le domaine des services préventifs; d'autre part, des programmes spécialisés d'enseignement d'hygiène sont mis en œuvre en tant que partie des services organisés en vue de certains problèmes particuliers de santé. On attache beaucoup d'importance aux contacts personnels mais les autorités de santé mettent aussi en œuvre des programmes d'enseignement collectif pour les écoles, les organismes sociaux et le grand public, en fournissant des conférenciers compétents et en utilisant des imprimés, des films et des émissions à la radio. Dans certaines provinces, un service administratif spécial coordonne les différents genres d'enseignement de l'hygiène.

*Services de laboratoire*

En santé publique, les travaux de laboratoire sont essentiels aux programmes établis pour protéger la santé et lutter contre les maladies infectieuses.

Ce genre de service comprend une grande variété de fonctions y compris l'épreuve bactériologique du lait et de l'eau, l'épreuve sérologique de la syphilis et autres services relatifs aux programmes de lutte antivénérienne, et l'étude des maladies virulentes.

Depuis quelques années, le service de laboratoire pathologique a pris beaucoup d'importance et les services de laboratoire dans les hôpitaux ont été sensiblement accrus en vue de faciliter un diagnostic exact et d'améliorer les méthodes de traitement.

*Hygiène du milieu*

Les initiatives de santé publique comprennent ordinairement des services visant au maintien d'un milieu sain et à la protection contre le danger pouvant provenir d'aliments, de drogues, d'eau ou de lait impurs.

L'assainissement est du domaine de l'autorité locale depuis longtemps; les gouvernements provinciaux en partagent le coût en tant que partie de leur contribution à l'administration locale. Les autorités provinciales peuvent procurer elles-mêmes le service et cette pratique est généralement suivie dans les régions où il n'y a pas d'organisation municipale.

Les autorités fédérales sont chargées de protéger le public contre les aliments contaminés ou impurs et les drogues dangereuses.

On jugera des progrès réalisés dans le relèvement du niveau de santé par la surveillance des approvisionnements en eau et en lait par le déclin de la fièvre typhoïde, décrit plus bas.

### Lutte contre les maladies transmissibles

La rétrogression des maladies transmissibles fait ressortir à la fois le relèvement général du niveau de la santé publique et la nécessité d'initiatives continues et étendues dans ce domaine.

Les statistiques de la morbidité ne sont pas assez complètes pour être employées comme indice de la valeur des mesures de santé publique, mais les statistiques de la mortalité dans le cas de certaines maladies, bien qu'elles ne soient connues pour tout le pays qu'à partir de 1921, donnent quelque idée des résultats atteints.

La mortalité due à la fièvre typhoïde au Canada tombe de 10 par 100,000 en 1921 à 0·5 par 100,000 en 1947. Le tableau suivant montre l'effet désastreux d'une épidémie transmise par le lait dans une ville en 1927 sur la tendance de la mortalité.

TABLEAU 17—MORTALITÉ DUE À LA FIÈVRE TYPHOÏDE,CANADA, 1921-1947

(Source: Division de la santé et du bien-être, Bureau fédéral de la statistique)

| Année | Taux par 100,000 | Année | Taux par 100,000 |
|---|---|---|---|
| 1921 | 10·1 | 1935 | 2·5 |
| 1922 | 8·4 | 1936 | 2·3 |
| 1923 | 9·0 | 1937 | 3·0 |
| 1924 | 6·6 | 1938 | 1·9 |
| 1925 | 5·9 | 1939 | 1·6 |
| 1926 | 4·9 | 1940 | 2·0 |
| 1927 | 11·6 | 1941 | 1·4 |
| 1928 | 4·8 | 1942 | 0·9 |
| 1929 | 4·7 | 1943 | 1·0 |
| 1930 | 4·4 | 1944 | 1·1 |
| 1931 | 4·1 | 1945 | 0·8 |
| 1932 | 3·2 | 1946 | 0·7 |
| 1933 | 2·7 | 1947 | 0·5 |
| 1934 | 2·7 | | |

La baisse de la morbidité et de la mortalité dues à la variole et à la diphtérie souligne les bienfaits qui découlent de l'emploi de sérums et vaccins spécifiques. De 1921 à 1933, la mortalité due à la variole est de moins de 1 par 100,000; de 1934 à 1939, elle est de de moins de 0·1 par 100,000; de 1940 à 1947, il n'y a pas de décès. Un total de 2,769 cas sont déclarés en 1924, première année dont les chiffres soient connus. Aucun cas de variole n'est rapporté en 1947 ni en 1948. La mortalité due à la diphtérie diminue de 91 p. 100, soit de 24 par 100,000 en 1921 à 1·1 en 1947. En 1924, 9,039 cas sont rapportés; en 1948, 898.

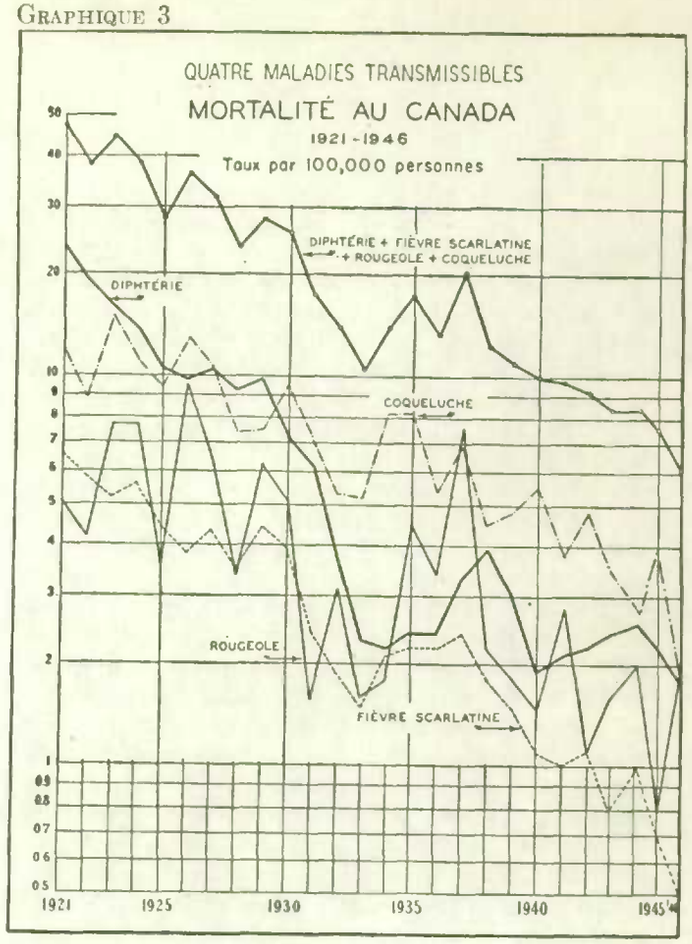
La mortalité réunie due à quatre maladies transmissibles de l'enfance, savoir, la diphtérie, la scarlatine, la rougeole et la coqueluche, baisse de 84 p. 100 de 1926 à 1947. Les taux du graphique 3 sont pour tout le pays. Ils indiquent donc la diminution moyenne dans toutes les provinces. Dans certaines provinces, la réduction est encore plus frappante, notamment dans le cas de la diphtérie. Une défection dans une province non seulement ternira le bilan de l'ensemble du pays mais prolongera et augmentera aussi les risques pour les autres provinces.

### Mortalité infantile et puerpérale

Parmi les plus importants services de santé publique se rangent les entreprises tendant à sauver la vie des bébés et à réduire la mortalité puerpérale.

Ces dernières années, une grande partie de l'effort visant à réduire la mortalité générale a été concentrée sur la mortalité infantile et avec beaucoup de succès. Les chiffres de la période 1921-1947 accusent une

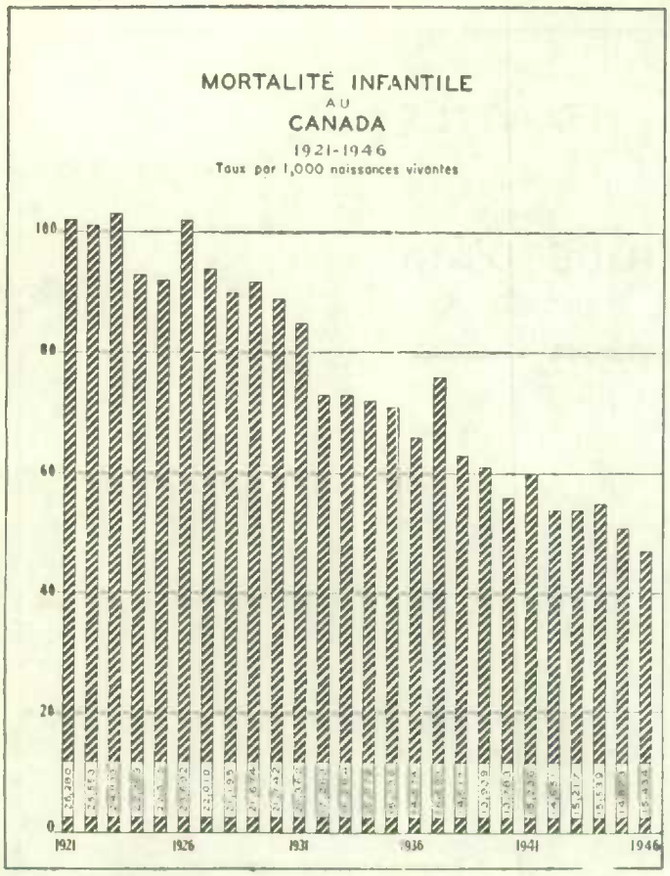
Graphique 3




amélioration assez constante chaque année, ce qui démontre que les autorités de santé fédérales, provinciales et municipales, ainsi que des organismes particuliers de bienfaisance sociale, ont tous pris part à la lutte pour réduire la mortalité infantile. En fait, toutes les fluctuations dans la tendance générale à la baisse sont causées par l'existence de maladies épidémiques. En 1921, la mortalité infantile au Canada était de 102 par 1,000 naissances vivantes cependant qu'en 1947, elle atteint son plus bas point depuis que l'enregistrement existe, soit 45 seulement par 1,000 naissances vivantes. Autrement dit, la population canadienne s'est enrichie en 1947 de 20,000 jeunes Canadiens qui, dans les circonstances existantes en 1921, seraient morts avant leur premier anniversaire de naissance. Le graphique 4 représente la mortalité infantile durant la période 1921-1946.

Le graphique 5 indique la mortalité infantile par périodes d'âge mensuelles en 1926, 1936 et 1946. Il souligne d'une manière frappante la proportion de décès qui se produisent durant le premier mois, comparativement aux onze mois suivants de la première année. Il indique aussi la valeur croissante des mesures prises pour combattre la mortalité infantile et fait ressortir la nécessité d'améliorer constamment les œuvres tendant à protéger la vie des enfants.

GRAPHIQUE 4




Nota: Les chiffres inscrits dans les barres du graphique indiquent le nombre de bébés décédés chaque année.

Le tableau 18 indique le changement qui se produit dans la moyenne quinquennale de mortalité infantile par période d'âge, de 1926 à 1945.

TABLEAU 18—MORTALITÉ INFANTILE PAR PÉRIODE D'ÂGE, 1926-1945—MOYENNES QUINQUENNALES

(Taux par 100,000 naissances vivantes)

| Période d'âge | 1926-30 | 1931-35 | 1936-40 | 1941-45 |
|---|---|---|---|---|
| 1er mois | 4,452·0 | 3,725·5 | 3,189·5 | 9,217·3 |
| 2e au 12e mois | 4,877·0 | 3,739·9 | 3,267·9 | 2,560·6 |
| 1ère année | 9·329·0 | 7,465·4 | 6,457·4 | 5,477·9 |

La mortalité puerpérale (graphique 6) augmente durant la première partie de la période, mais de 1936 à 1947 elle diminue de plus des deux tiers, soit de 5·6 à 1·5 par 1,000 naissances vivantes.

La mortalité infantile et la mortalité puerpérale sont influencées par les mesures en vue de protéger les approvisionnements d'eau et de lait, ainsi que par le développement des services de bien-être maternel et infantile. La mortalité puerpérale diminue de beaucoup depuis que s'est généralisé l'emploi des sulfamidés et de la pénicilline. L'hospitalisation accrue dans des cas de maternité peut aussi avoir réduit la mortalité puerpérale et infantile.

En 1926, 18 p. 100 des naissances vivantes se produisent dans des institutions; en 1947, 71 p. 100. Dans cinq provinces, plus de 85 p. 100 se produisent dans des institutions en 1947, et dans une province, la Colombie-Britannique, 96 p. 100. Le tableau 19 donne les pourcentages.

Une comparaison avec la mortalité infantile et la mortalité puerpérale de certains autres pays révèle qu'au Canada, les taux n'ont pas baissé autant que dans d'autres pays. Le graphique 7 compare la mortalité infantile annuelle par 1,000 naissances vivantes au Canada depuis 1921, avec la mortalité de l'Angleterre et du pays de Galles, des États-Unis, de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande. Durant toute la période, c'est le Canada qui a la plus forte mortalité, bien que celle-ci subisse la plus forte baisse entre 1921 et 1947.

Les taux de l'Angleterre, de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande diminuent tous de plus de 50 p. 100 de 1921 à 1947. En Nouvelle-Zélande, où la mortalité infantile était déjà faible en 1921, la diminution est la plus petite. La mortalité de la Nouvelle-Zélande reste la plus basse en 1947, soit 25 par 1,000 naissances vivantes, contre 29 en Australie et 32 aux États-Unis.

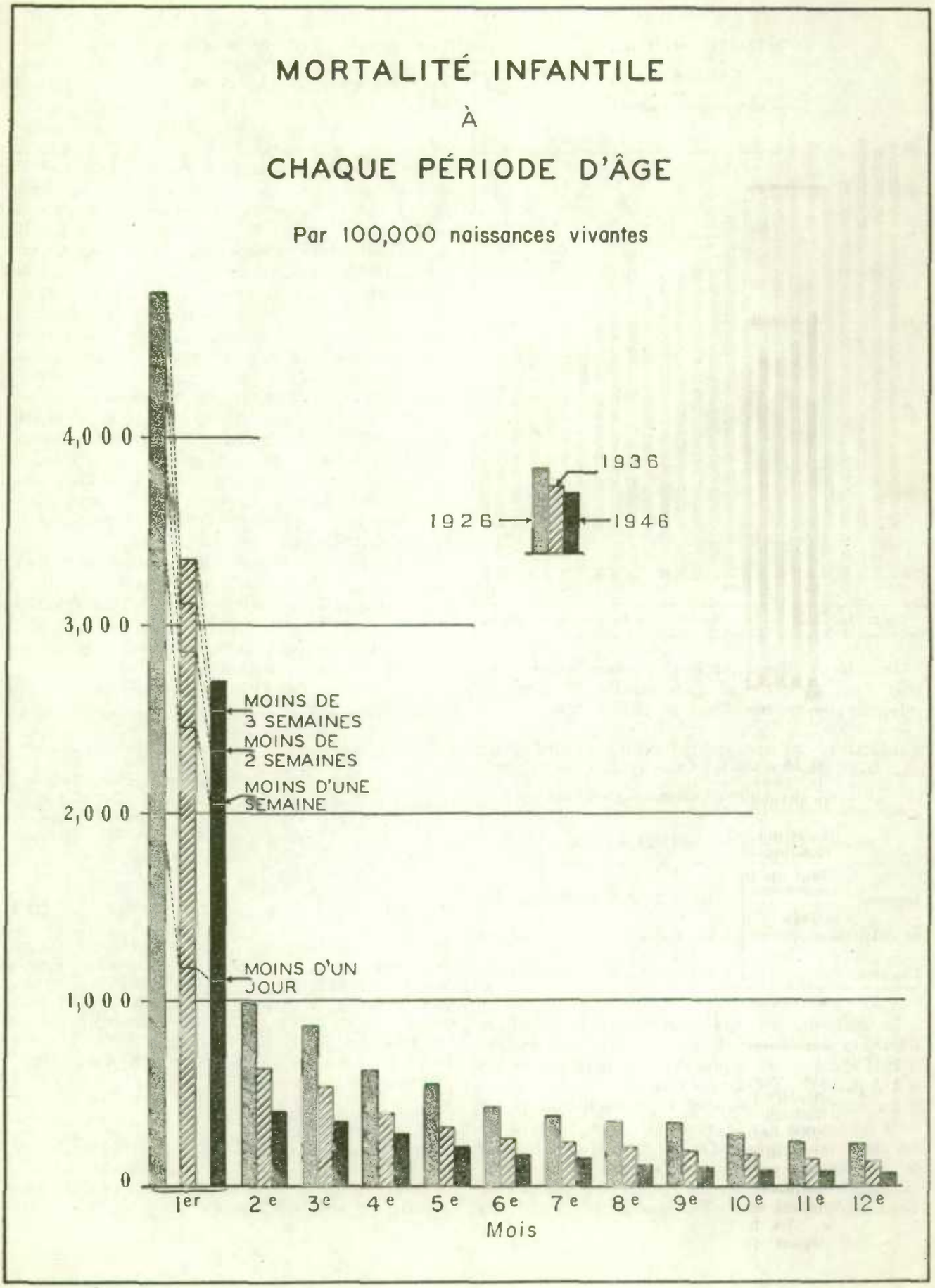
Le graphique 8 compare la mortalité puerpérale canadienne de 1921 à 1946 à celles des États-Unis, de l'Australie, de la Nouvelle-Zélande et de l'Angleterre et du pays de Galles. La comparaison est quelque peu plus favorable au Canada que celle de la mortalité infantile, mais le taux canadien reste supérieur à celui des États-Unis.

TABLEAU 19—PROPORTION DES NAISSANCES VIVANTES DANS LES INSTITUTIONS AU CANADA, PAR PROVINCE, 1926 ET 1947

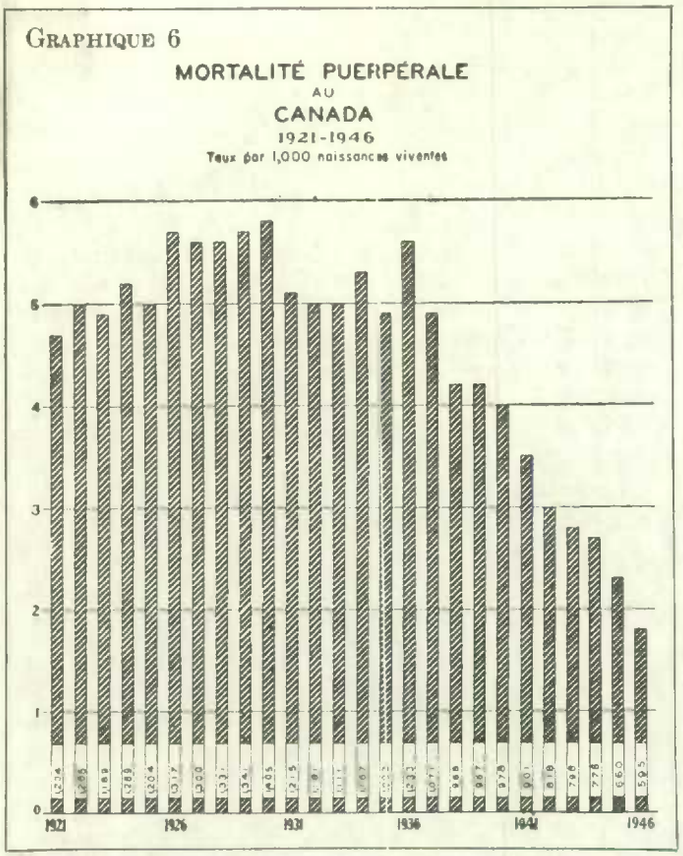
(Source: Division de la santé et du bien-être, Bureau fédéral de la statistique)

| — | Pourcentage dans des institutions | | Pourcentage d'augmentation |
|---|---|---|---|
| | 1926 | 1947 | |
| CANADA | **17·8** | **71·0** | **514·8** |
| Île du Prince-Édouard | 2·7 | 72·5 | 4,395·8 |
| Nouvelle-Écosse | 7·3 | 78·6 | 1,783·6 |
| Nouveau-Brunswick | 8·5 | 59·0 | 1,116·3 |
| Québec | 4·8 | 39·0 | 1,024·2 |
| Ontario | 24·9 | 86·9 | 464·0 |
| Manitoba | 31·3 | 88·2 | 296·8 |
| Saskatchewan | 22·5 | 89·9 | 348·5 |
| Alberta | 33·5 | 94·5 | 379·1 |
| Colombie-Britannique | 48·3 | 95·7 | 417·8 |

GRAPHIQUE 5

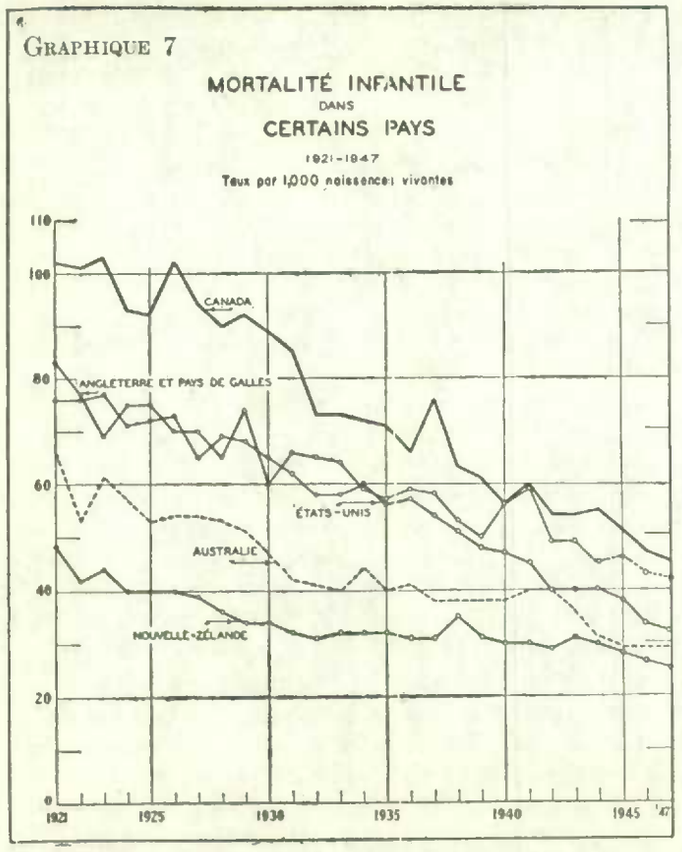

MORTALITÉ INFANTILE
À
CHAQUE PÉRIODE D'ÂGE
Par 100,000 naissances vivantes
4,000
3,000
2,000
1,000
0
1936
1926
1946
MOINS DE 3 SEMAINES
MOINS DE 2 SEMAINES
MOINS D'UNE SEMAINE
MOINS D'UN JOUR
1er
2e
3e
4e
5e
6e
7e
8e
9e
10e
11e
12e
Mois

GRAPHIQUE 6




Nota: Les chiffres inscrits dans les barres du graphique indiquent le nombre de mères mortes en couches chaque année.

GRAPHIQUE 7




Nota: Les aborigènes sont exclus des taux de l'Australie et les Maoris, de ceux de la Nouvelle-Zélande.

Dans diverses provinces des efforts sont tentés pour combattre la morbidité et la mortalité infantiles et puerpérales par différentes mesures de prophylaxie et de traitement, notamment l'hospitalisation gratuite des cas de maternité en Alberta et l'examen gratuit des futures mères en Ontario. En vertu des programmes d'assurance qui existent en Saskatchewan et en Colombie-Britannique, les cas de maternité sont hospitalisés au même titre que les autres sans que les patientes n'aient rien à payer si elles sont dans le besoin.

### MALADIE CHRONIQUE

Les problèmes spéciaux créés par la maladie chronique exigent de nouveaux genres de services préventifs et diagnostiques. Ces services s'associent fréquemment aux programmes de traitement des cas spéciaux, notamment le cancer, mais ils ont aussi exercé une influence sur les problèmes et les pratiques de santé publique.

Il est extrêmement difficile de déterminer jusqu'à quel point la maladie chronique existe au Canada. Cependant, l'augmentation de la mortalité attribuable à des états chroniques indique la gravité croissante des problèmes relatifs aux maladies communes aux âges avancés. Cela peut se constater dans le changement dans les décès attribuables au plus important groupe des maladies chroniques, celui des affections rénales cardio-vasculaires.

Ce groupe comprend les diagnostics de maladies du cœur, des artères, la néphrite chronique, l'hypertension et l'apoplexie, qui sont si intimement liées et se chevauchent au point où il est nécessaire de les considérer ensemble.

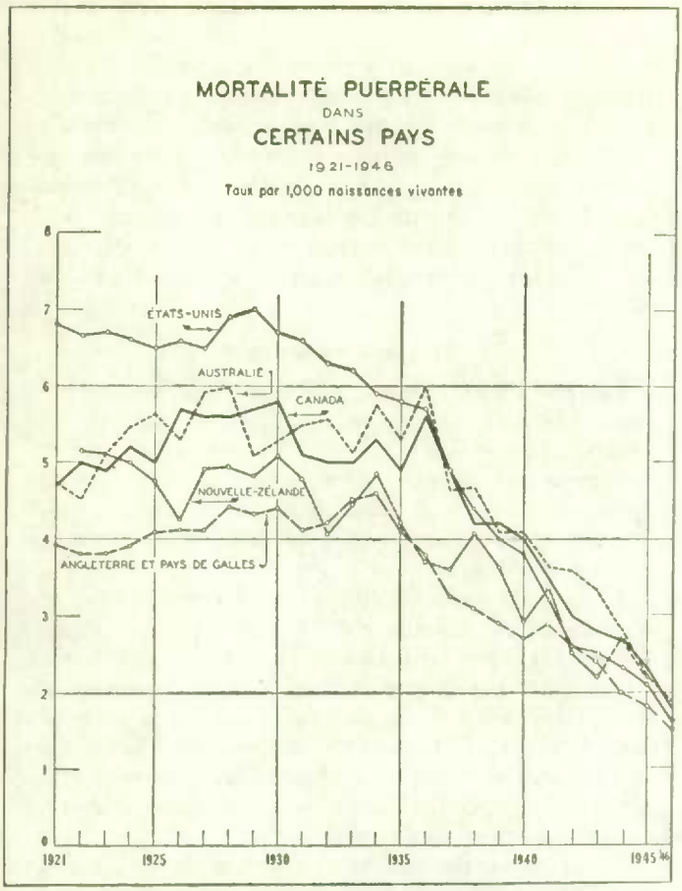
Dans l'étude de ce groupe, il faut se rappeler que très peu de décès sont maintenant imputés à la séni-

TABLEAU 20—DÉCÈS DUS AUX AFFECTIONS RÉNALES CARDIO-VASCULAIRES, 1921-1925 ET 1941-1945

(Source: Division de la santé et du bien-être, Bureau fédéral de la statistique)

| — | Moyenne 1921-1925 | | Moyenne 1941-1945 | |
|---|---|---|---|---|
| | Décès | Taux par 100,000 | Décès | Taux par 100,000 |
| Maladies du coeur | 9,114 | 101·1 | 28,453 | 241·2 |
| Lésions intracraniennes d'origine vasculaire | 3,286 | 36·4 | 9,103 | 77·2 |
| Maladies des artères | 3,622 | 40·2 | 2,320 | 19·7 |
| Néphrite chronique | 3,374 | 37·4 | 7,005 | 59·4 |
| Total | **19,396** | **215·1** | **46,881** | **397·4** |
| Sénilité | 3,700 | 41·0 | 1,666 | 14·1 |
| Toutes causes | 101,260 | 1,122·8 | 115,144 | 976·1 |

GRAPHIQUE 8




Nota: Les aborigènes sont exclus des taux de l'Australie et les Maoris, de ceux de la Nouvelle-Zélande.

lité comparativement au nombre de décès à un âge avancé qui étaient autrefois attribués à cette cause. Le tableau 20 donne le nombre moyen de décès et le taux par 100,000 pour ces causes durant les deux périodes 1921-1925 et 1941-1945.

En 1921-1925, les décès dont la cause déclarée est une affection rénale cardio-vasculaire forment 19·2 p. 100 de tous les décès; en 1941-1945 le pourcentage est de 40·8.

Les maladies du cœur sont la principale cause de décès au Canada; environ 30,000 décès sont imputés à cette cause chaque année. C'est plus que le double du nombre de décès attribués au cancer, la deuxième cause principale de décès. Le chapitre suivant traite de la mortalité due au cancer.

D'autres maladies chroniques, qui peuvent être moins mortelles, causent une forte proportion d'invalidité.

En novembre 1947, le Bureau fédéral de la statistique a entrepris une enquête par sondage en vue de déterminer la fréquence de l'arthrite et du rhumatisme chez les adultes du Canada qui ne sont pas dans des institutions. Les résultats provisoires de ce relevé indiquent que plus de 650,000 Canadiens âgés de plus de 14 ans souffrent de ces affections.

En octobre 1947, une conférence sur l'arthrite a eu lieu à Ottawa, à la demande du ministre de la Santé nationale et du Bien-être social. La Société canadienne du rhumatisme et de l'arthrite y a été organisée pour coordonner les moyens d'attaquer le problème. La Société reçoit l'appui de fonds bénévoles et de contributions faites par les gouvernements provinciaux à même les sommes qui leur sont attribuées en vertu de la subvention à la santé publique en général.

Les renseignements font défaut sur le nombre de personnes au Canada qui souffrent d'affections qui causent des infirmités. D'après un relevé effectué en 1947 afin de déterminer le nombre de paraplégiques dans des régions rurales typiques du Manitoba, les trois unités sanitaires couvertes par ce relevé comptent 26 de ces cas sur une population totale de 53,000.

Les autorités provinciales de santé organisent des programmes spéciaux pour les enfants infirmes. Le chapitre sur les *Enfants infirmes* traite de ces programmes.

### CÉCITÉ

Le nombre d'aveugles au Canada est inconnu, vu que la cécité n'est pas déclarable. D'après la Division de la lutte contre la cécité du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, le Canada compte 15,000 aveugles en 1948. Au 31 mars de cette année, 8,475 personnes aveugles retirent des pensions pour cause de cécité et manque de revenu suffisant.

Outre ces personnes, un grand nombre d'autres ont perdu l'usage d'un œil ou souffrent d'affection oculaire de nature évolutive mais elles ne sont pas aveugles selon la définition appliquée dans l'administration des pensions aux aveugles, ou bien elles n'ont pas fait connaître leur état et leurs noms n'ont pas été soumis.

Le tableau 21 indique la répartition de la cécité au Canada. Il donne le nombre d'aveugles pensionnés et de postulants inadmissibles par province, ainsi que le nombre de pensionnés par 1,000 de population. L'augmentation du nombre de pensionnés par rapport aux années précédentes est due surtout à ce que l'âge d'admissibilité à la pension a été abaissé de 40 ans à 21 en 1947.

L'examen des demandes soumises durant une période de plusieurs années révèle qu'un grand nombre, peut-être un cinquième, de ceux à qui des pensions sont accordées, étaient, lors de l'octroi, considérés guérissables au point de pouvoir recouvrer une vision utile par les traitements. Dans une proportion beaucoup plus forte du groupe non encore admissible, peut-être les deux tiers, la cécité aurait pu être retardée ou sa possibilité écartée par des soins appropriés. Les subventions à la santé proposées par le gouvernement fédéral en 1945 et 1946 comprennent une recommandation à l'effet qu'un programme de prévention et de traitement de la cécité soit mis sur pied de pair avec un régime plus étendu de pensions, où l'âge d'admissibilité descendra de 40 ans à 21.

Le régime des pensions a été étendu en 1947 à ce groupe d'âge plus jeune, mais les dispositions relatives au traitement n'ont pas été amplifiées dans la mesure envisagée au moment où les subventions ont été recommandées.

La loi des pensions de vieillesse ne comporte aucune disposition relative à des traitements pouvant rétablir la vue des aveugles pensionnés ou des personnes dont la vue décline qui peuvent aussi devenir à la charge publique.

TABLEAU 21—RÉPARTITION DES AVEUGLES PENSIONNÉS ET DES POSTULANTS INADMISSIBLES, PAR PROVINCE, 31 MARS 1948

(Source: ministère de la Santé nationale et du Bien-être social)

| — | Pensionnés | | Postulants inadmissibles[1] |
|---|---|---|---|
| | Nombre | Taux par 1,000 de population[2] | |
| CANADA | **8,475** | **0·66** | **3,285**[3] |
| Île du Prince-Édouard | 126 | 1·35 | 54 |
| Nouvelle-Écosse | 805 | 1·27 | 254 |
| Nouveau-Brunswick | 896 | 1·78 | 753 |
| Québec | 3,178 | 0·84 | 1,639 |
| Ontario | 1,814 | 0·42 | 346 |
| Manitoba | 455 | 0·60 | 61 |
| Saskatchewan | 409 | 0·48 | 72 |
| Alberta | 332 | 0·39 | 40 |
| Colombie-Britannique | 460 | 0·43 | 66 |

[1] Comprend tous les postulants depuis le début du système qui répondaient aux autres conditions mais n'étaient pas assez aveugles pour se qualifier.

[2] Fondé sur l'estimation du Bureau fédéral de la statistique de la population de 1948.

[3] Comprend un petit nombre de pensionnés actuels qui ont été acceptés sur une autre demande.

Dans certaines provinces, les dispositions relatives au traitement sont prises par l'intermédiaire des organismes de charité, dont certains, notamment l'Institut national canadien des aveugles, reçoivent une aide financière considérable des gouvernements fédéral et provinciaux.

Étant donné que la pratique n'est pas uniforme relativement au traitement de la cécité avec garantie d'aide financière pour le rétablissement, il y a chez les pensionnés une tendance à ne pas rechercher de traitement.

En 1947, une somme de $20,000 a été attribuée à la Division fédérale de la lutte contre la cécité, pour être utilisée en collaboration avec les provinces dans une expérience visant à déterminer de combien le nombre d'aveugles pensionnés pourrait être réduit par un traitement approprié pour ceux dont la vision pourrait être rétablie ou améliorée. Les provinces administrent le programme de traitement et le gouvernement fédéral leur rembourse 75 p. 100 du coût. En 1948, le traitement a été fourni en vertu de mesures prises en collaboration avec le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse et le Québec.

Des plans sont en préparation pour l'établissement d'un programme permanent de traitement des aveugles et pour l'extension des services provinciaux de santé en vue de prévenir la cécité, avec l'aide de la Subvention à l'hygiène publique en général.

### Administration

Le secteur de la santé publique de l'organisme administratif décrit au chapitre sur l'*Administration en santé publique* administre les services de santé publique en général ainsi que les services préventifs qui se rattachent aux différents programmes spécialisés. Une bonne partie des services est assurée effectivement par les hygiénistes, les infirmières de santé publique et autre personnel de santé, employés par les Services municipaux de la santé et les unités sanitaires locales; ces organismes fonctionnent sous la direction des autorités provinciales qui elles-mêmes bénéficient de subventions pour des nouveaux projets et services consultatifs du gouvernement fédéral.

Les initiatives des différents gouvernements en fait de santé publique en général sont décrites plus bas.

## INITIATIVES FÉDÉRALES

La plupart des responsabilités du Canada dans le domaine international de la santé peuvent être considérées comme des entreprises de santé publique en général car elles ont pour objet de relever le niveau de la santé générale et de prévenir la diffusion de la maladie. Les engagements internationaux du Canada en matière de santé sont décrits au chapitre sur l'*Administration en santé publique.*

### Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social

Les initiatives du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, aussi décrites au chapitre sur l'*Administration* de la santé, comprennent plusieurs fonctions générales de santé publique. Dans toutes ses Divisions, le ministère s'emploie activement à de l'enseignement afin de faire mieux comprendre les besoins et les services de la santé. Les différentes Divisions spécialisées dirigent des programmes spéciaux d'enseignement de l'hygiène.

Le Laboratoire d'hygiène poursuit le travail scientifique essentiel aux services de santé publique; de même que les autres laboratoires d'hygiène, cet organisme se consacre de plus en plus aux questions d'hospitalisation et de soins médicaux.

Le Laboratoire d'hygiène aide les laboratoires provinciaux en fournissant des services et en conduisant des recherches que les gouvernements provinciaux, à eux seuls, ne peuvent pas entreprendre économiquement. Des conférences de directeurs de laboratoires ont lieu annuellement afin d'éviter les doubles emplois.

Le travail du Laboratoire s'effectue par une série de subdivisions spécialisées, y compris celles qui s'occupent en particulier de bactériologie, d'immunologie, de la sérologie de la syphilis, des maladies virulentes et des antibiotiques et désinfectants.

Le gouvernement fédéral et les gouvernements de la Colombie-Britannique, de l'Alberta et de la Saskatchewan effectuent conjointement des enquêtes en vue de déterminer les sources d'infection de la peste et de la fièvre mouchetée des montagnes Rocheuses; c'est un exemple de collaboration entre gouvernements en fait de recherches sur la santé publique et sur la prophylaxie des maladies. La Division du laboratoire d'hygiène à Kamloops exécute le travail de laboratoire pour ces relevés.

Le Laboratoire national d'hygiène fournit aussi un service de consultation et d'inspection relativement au travail de la Direction des aliments et des drogues en vue de déterminer la qualité et la sûreté de certains aliments et de certaines drogues biologiques.

La Direction des aliments et des drogues applique la loi nationale des aliments et drogues. Les trois divisions de cette direction poursuivent un vaste programme en vue de protéger le public en assurant que les approvisionnements d'aliments soient propres, purs et sains, que des garanties convenables soient établies afin de limiter le danger provenant du mesurage des médicaments brevetés et que les drogues en général répondent à la réputation qui leur est faite.

La Division des aliments et des drogues fonctionne par l'entremise d'une série de bureaux régionaux situés dans les cinq principaux centres de production et d'importation du Canada ainsi que par des services de laboratoire et d'inspection à Ottawa et dans les centres régionaux.

La Division de la lutte contre les stupéfiants étudie le narcotisme et surveille l'importation, la fabrication et la vente de stupéfiants en tant que partie du programme général de santé publique du ministère.

L'hygiène du milieu concerne la Division du génie sanitaire qui est chargée d'inspecter les approvisionnements d'eau des voituriers ordinaires en service international et interprovincial, de faire enquête sur la pollution des eaux limitrophes et d'entreprendre des relevés sanitaires des habitats des mollusques et crustacés.

Quant à la lutte contre les maladies transmissibles, la Division de la quarantaine et du service médical de l'immigration met en quarantaine tous les bateaux qui entrent au Canada et interdit l'entrée aux immigrants malades et affligés de défauts physiques; la Division de la médecine de l'aviation civile applique la quarantaine à la navigation aérienne; et la Division de l'épidémiologie met les services de consultants à la disposition des autorités provinciales et locales relativement aux questions d'épidémiologie.

La Division de l'hygiène infantile et maternelle poursuit un vaste programme de vulgarisation et fournit des services spéciaux aux autorités provinciales. En 1947 et 1948, la Division a collaboré avec le ministère de la Santé et du Bien-être de la Colombie-Britannique dans un relevé démontrant l'emploi du "grid" Wetzel accessoirement à l'examen physique des écoliers. Ce dispositif permet d'évaluer plus facilement l'état physique et la croissance des enfants.

La Division de l'hygiène alimentaire dirige un programme d'études, de recherches et d'enseignement sur les normes de l'alimentation. Un service consultatif sur l'alimentation collective a été organisé; une attention spéciale est accordée à la coordination des cuisines et aux services alimentaires des hôpitaux et autres institutions.

La Division de la lutte contre la cécité collabore avec le Service du bien-être du ministère pour déterminer la cécité aux fins de pension. Elle collabore aussi avec les autorités provinciales dans la poursuite de recherches et dans leur travail de vulgarisation sur la prophylaxie et le traitement de la cécité. Le programme général est décrit dans une section précédente.

La Division de la santé des fonctionnaires fédéraux assure les services fondamentaux de santé aux employés fédéraux. Elle administre un réseau d'"unités sanitaires" et surveille les congés de maladie. Elle collabore avec le Bureau fédéral de la statistique dans l'étude de la maladie dans le service civil.

La Division de l'hygiène industrielle fournit des services consultatifs de médecins et d'infirmières pour favoriser l'amélioration des programmes de santé dans l'industrie. Il existe un service de laboratoire pour l'étude des questions d'hygiène professionnelle. Des renseignements éducatifs et techniques sont publiés sur différents aspects de l'hygiène industrielle.

La Direction du service de la santé des Indiens administre un programme de soins médicaux; des services de santé publique sont en voie d'élaboration au moyen d'un réseau de centres de santé.

### Autres ministères

Le ministère de l'Agriculture dirige plusieurs initiatives de santé qui se rattachent, pour la plupart, à l'inspection des aliments. Ce ministère est chargé de l'inspection de la viande, des produits de la viande et des aliments en conserve destinés à l'exportation ou au commerce interprovincial; de l'inspection de la production du lait exporté vers d'autres pays; de l'exclusion et de l'inspection des animaux domestiques qui souffrent de maladies transmissibles; et de l'inspection de la fabrication, de la vente et de l'importation des produits concentrés du lait.

Au ministère fédéral des Mines et Ressources incombe la responsabilité des services sanitaires dans les parcs nationaux.

### Subventions fédérales à la santé publique en général

Les subventions à la santé introduites par le gouvernement fédéral en 1948 comprennent une subvention pour aider les provinces à améliorer les services généraux de santé publique.

Lors de son introduction, la subvention annuelle s'élevait à 35 cents par tête. Elle doit monter chaque année de 5 cents par tête jusqu'à ce qu'elle atteigne 50 cents.

Les montants mis à la disposition des provinces, d'après l'estimation de 1947 de la population entre les recensements, s'établissent de la manière suivante durant l'année financière 1948-1949:

SUBVENTION À LA SANTÉ PUBLIQUE EN GÉNÉRAL
(en milliers de dollars)

| Province | Lors de l'introduction[1] |
|---|---|
| Île du Prince-Édouard | 32·9 |
| Nouvelle-Écosse | 217·4 |
| Nouveau-Brunswick | 171·8 |
| Québec | 1,299·2 |
| Ontario | 1,466·2 |
| Manitoba | 260·0 |
| Saskatchewan | 294·7 |
| Alberta | 287·7 |
| Colombie-Britannique | 365·4 |
| Coût total au gouvernement fédéral | **4,395·3** |

[1]La distribution de la subvention maximum dépendra de la répartition de la population lorsque la subvention prendra effet. Si elle est calculée d'après la même population qu'en 1948-1949, elle sera distribuée de la manière suivante: I.P.-É., 47·0; N.-É., 310·5; N.-B., 245·5; Qué., 1.856·0; Ont., 2,094·5; Man., 371·5; Sask., 421·0; Alb. 411·0; C.-B. 522·0

Les gouvernements provinciaux peuvent obtenir de l'aide, jusqu'à concurrence de leur part de la subvention pour des nouveaux projets approuvés. La subvention a pour but d'aider à étendre les services, mais non de remplacer les dépenses faites à même les deniers provinciaux.

Durant les premiers mois qui ont suivi l'entrée en vigueur du programme de subvention, les projets approuvés pour paiement embrassaient une grande variété d'initiatives générales de santé publique. Les projets soumis par les autorités provinciales et approuvés par le gouvernement fédéral comprenaient notamment des mesures pour améliorer les rouages administratifs, pour étendre l'enseignement de l'hygiène et pour améliorer les services de laboratoire, de statistique et d'infirmières.

## INITIATIVES PROVINCIALES ET LOCALES

Les programmes de santé publique mis en œuvre conjointement par les administrations provinciales et locales couvrent un champ étendu de services préventifs. En somme, les programmes sont de caractère à peu près semblable, bien qu'ils diffèrent quant à l'organisation administrative et au degré de développement atteint par chaque service.

Les services de l'hygiène du milieu, par exemple l'assainissement et l'inspection de l'eau et du lait, sont essentiels à la santé publique dans tout le pays. Ils sont généralement fournis par les autorités locales de santé. Plusieurs provinces se préoccupent aussi d'un autre aspect de l'hygiène du milieu, en ce qui a trait aux conditions de l'emploi industriel.

Dans la lutte contre les maladies transmissibles, les autorités provinciales et locales appliquent les règlements de quarantaine et les programmes d'immunisation et distribuent des produits biologiques.

Sous la direction des provinces, les organismes locaux ont organisé de vastes programmes d'hygiène maternelle et infantile. Ces programmes visent à conserver la santé des mères et à protéger la vie des enfants au moyen de soins médicaux, infirmiers, prénataux, obstétriques et postnataux ainsi que de services de santé infantiles, préscolaires et scolaires. Ce travail se rattache étroitement à l'enseignement de l'hygiène et aux services infirmiers de santé publique; il en est de même des entreprises de prophylaxie relatives aux programmes spéciaux tels que la lutte aux maladies vénériennes, à la tuberculose, aux maladies mentales et au cancer. Les services diagnostiques pour les programmes spécialisés sont incorporés aux services fondamentaux de santé publique. Des laboratoires sont aménagés dans toutes les provinces pour servir les différentes entreprises de santé. Leur travail comprend l'examen bactériologique d'échantillons d'eau, de lait et d'aliments, l'examen de spécimens afin de diagnostiquer les maladies transmissibles, et des services spéciaux relativement aux programmes de lutte contre les maladies vénériennes, la tuberculose et le cancer.

Les autorités provinciales et locales encouragent aussi l'extension des examens physiques à des groupes spéciaux comme les écoliers et les employés d'industries.

L'enseignement de l'hygiène dentaire et le service de dispensaire pour des groupes spéciaux caractérisent le travail de santé publique dans plusieurs parties du pays .

Les caractéristiques particulières à l'organisation de chaque province sont résumées ci-après:

*Île du Prince-Édouard.*—La Division de la santé du ministère provincial de la Santé et du Bien-être administre les services de santé publique dans toute l'île, de sorte que la province même peut être considérée comme une unité sanitaire.

La province est divisée en cinq districts de santé publique dans chacun desquels il existe un service général.

La ville de Charlottetown a un inspecteur des aliments et un fonctionnaire sanitaire.

*Nouvelle-Écosse.*—Les services de santé publique sont organisés à l'échelle provinciale. La province est divisée en sept unités ou districts sanitaires à

temps continu, dont chacun est sous la direction d'un médecin hygiéniste qualifié. La ville de Halifax peut être comptée comme une autre unité sanitaire.

Une organisation provinciale décentralisée permet la coordination et l'uniformisation du travail dans toute la province.

Tous les hygiénistes provinciaux à temps continu sont formés en vue de la lutte contre la tuberculose. En 1947, une loi est adoptée autorisant l'établissement de bureaux conjoints de santé, en vue d'établir la collaboration entre les municipalités dans l'organisation des services de santé. Ce changement n'a eu que peu d'effet sur l'organisation générale du programme provincial; un seul Bureau conjoint avait été organisé jusqu'à la fin de 1948.

*Nouveau-Brunswick.*—Au Nouveau-Brunswick, l'organisation de la santé publique est centralisée dans le ministère provincial de la Santé et des Services sociaux. Pour l'application des services directs, la province est divisée en 16 districts, soit un par comté et un pour la ville de Fredericton.

Une Division des services d'hygiène dentaire est organisée en 1948.

*Québec.*—Le ministère de la Santé administre tout ce qui se rapporte à la santé et à la médecine préventive.

Les unités sanitaires de comté fonctionnent dans le Québec depuis 1926. Le réseau d'unités sanitaires a pour objet d'assurer un service régulier de santé publique à temps continu à chaque comté ou groupe de deux ou trois comtés avoisinants qui en font partie. Il y a en 1948 soixante-cinq unités sanitaires qui servent tous les comtés ruraux de la province. Plusieurs municipalités, notamment Montréal et Québec, ont leurs propres bureaux de santé.

En 1946, des dispositions statutaires sont adoptées en vue de la formation de techniciens en médecine préventive et en santé publique à l'École d'hygiène sociale de l'Université de Montréal, qui doit recevoir pendant 20 ans une subvention annuelle de $40,000.

*Ontario.*—En Ontario, les services essentiels de santé publique sont administrés par les autorités municipales sauf dans les régions où des unités sanitaires à temps continu ont été organisées grâce à la collaboration entre les administrations provinciales et locales.

La Division de l'administration de la santé publique, du ministère provincial de la Santé, veille à l'organisation d'unités administratives plus considérables, surtout les unités sanitaires de comté.

En juillet 1948, 24 de ces unités sont en fonction. La province paie une partie de leurs frais d'administration, ce qui varie de 25 p. 100 dans les villes de plus de 25,000 habitants à 50 p. 100 dans les régions rurales.

En juillet la même année, un programme de soins infirmiers de santé publique dans les écoles est en œuvre dans cinq comtés. La province paie un tiers des frais dans ces cas.

Toronto, Hamilton, Windsor, Ottawa et huit autres villes ont un personnel à temps continu de santé publique.

En 1946, une modification à la loi de santé publique autorise l'examen médical gratuit de toutes les futures mères. Les honoraires de 5 dollars sont versés au médecin par le ministère provincial de la Santé. Ce programme prend effet le 1er octobre 1946.

*Manitoba.*—Les initiatives de santé publique au Manitoba sont organisées en unités sanitaires à temps continu qui constituent la base du régime provincial de services de santé personnelle et publique.

A la fin de 1948, près de 50 p. 100 de la population en dehors de Winnipeg même jouit de services de santé à temps continu assurés par 13 unités sanitaires; un médecin est en charge de chaque unité. Le personnel des unités sanitaires fait partie du service civil provincial.

Les services de santé que donnent ces unités coûtent plus d'un dollar par tête chaque année. La province paie les deux tiers du coût et les municipalités un tiers.

Le chapitre sur l'*Assurance-santé* décrit les services diagnostiques faisant partie du programme général de services de santé.

La province fournit un service spécial qui consiste à faire l'épreuve du facteur Rh de tous les échantillons de sang obtenus dans l'épreuve prénuptiale des maladies vénériennes.

*Saskatchewan.*—Les services de santé publique à temps continu sont organisés à l'échelle régionale en tant que partie d'un programme intégré de services de santé publique et personnelle. Tous les membres du personnel de la santé publique sont nommés par la Commission provinciale du service public.

Les frais sont partagés entre le gouvernement provincial et les municipalités qui font partie des régions sanitaires; la part des municipalités, généralement un tiers seulement, est remise directement à la province.

En octobre 1948, des services préventifs sont organisés dans six régions. A l'époque, trois huitièmes de la population en dehors de Regina et de Saskatoon est, tout comme les habitants de ces villes, servie par des départements à temps continu de santé publique.

*Alberta.*—Les services de santé publique sont administrés par un réseau de districts sanitaires à temps continu organisés par groupes de municipalités et établis avec l'approbation des conseils municipaux intéressés. Un régime d'unités sanitaires est en voie d'organisation; le gouvernement provincial paie la moitié des frais d'administration et de l'outillage.

Dans les districts sanitaires des régions éloignées et peu peuplées, les infirmières provinciales de district assurent divers services de soins médicaux et de santé publique. Ces infirmières doivent avoir des qualifications spéciales.

La Division de l'entomologie de la santé publique fait des enquêtes sur la fièvre mouchetée des montagnes Rocheuses et la peste sylvatique. Cette division a fait des études étendues sur les éléments qui influent sur la migration des rats, en tant que partie de la campagne organisée en vue de garder la province libre de rats, comme elle l'est actuellement.

*Colombie-Britannique.*—Des services provinciaux de santé sont organisés depuis 1946 en tant que partie du ministère de la Santé et du Bien-être.

L'établissement de 18 régions sanitaires a été projeté afin d'assurer des services locaux de santé publique complets à la Colombie-Britannique en dehors des régions métropolitaines de Vancouver et de Victoria, qui ont leurs propres départements métropolitains de santé. Huit de ces unités sanitaires sont actuellement en fonction, de sorte que 71 p. 100 de la population de la province, y compris celle des régions métropolitaines, est servie par des départements ou unités sanitaires à temps continu. Dans les autres régions, les hygiénistes et les infirmières de santé publique fournissent un service plus limité. Quatre-vingt-quatorze pour cent de la population a à sa disposition soit des unités sanitaires à temps continu, soit des services infirmiers de santé publique.

En 1947, les limites des unités sanitaires sont remaniées de façon que, partout où la chose est possible, elles correspondent aux arrondissements administratifs scolaires.

La fusion des services locaux de santé dans la région métropolitaine de Vancouver est particulièrement significative parce que c'est la première du genre dans l'Amérique du Nord. Un Service métropolitain de santé assure des services uniformes de santé aux municipalités de Vancouver, de la ville de Vancouver-Nord, du district de Vancouver-Nord, de Richmond, de Burnaby, ainsi qu'à la région universitaire de la Colombie-Britannique et au lot de district 172. Six unités sanitaires sont comprises dans la zone sanitaire de la région métropolitaine de Vancouver outre les huit dans les autres parties de la province mentionnées ci-dessus.

En 1947, une nouvelle base est adoptée pour la répartition des frais. En dehors des régions métropolitaines de Vancouver et de Victoria, la province paie le coût entier des services locaux de santé et elle est remboursée à raison de 30 cents par tête par les municipalités et le territoire non organisé compris dans l'unité sanitaire ou le district de soins infirmiers de santé publique.

La province continue d'accorder des subventions aux services de santé des régions métropolitaines.

Des subventions distinctes sont aussi accordées aux organismes locaux qui se livrent à un programme de prophylaxie dentaire.

### Services locaux de santé

En général, les différentes lois provinciales de la santé publique décrètent que la municipalité locale doit instituer un bureau local de santé et désigner un médecin hygiéniste et autant d'inspecteurs sanitaires qu'il en faut pour mettre en vigueur les règlements et la loi relatifs à la santé publique.

Le bureau local de santé doit réprimer les agents nocifs qui sont définis en termes très larges et appliquer les règlements sur les maladies transmissibles. La plupart des autres initiatives généralement reconnues d'un service moderne de la santé publique ne sont pas prescrites par les lois mais représentent les progrès normaux des services publics durant les années comparativement récentes.

Les grands centres de population du Canada ont des services de la santé publique à temps continu. Dans leur essence, tous les programmes de ces services se ressemblent beaucoup; ils s'étendent à la lutte contre les maladies transmissibles, l'inspection des aliments et du lait, l'assainissement et le logement, l'hygiène maternelle et infantile (y compris l'hygiène dentaire), l'hygiène des adultes (y compris l'hygiène industrielle), les services de laboratoire et les services de santé scolaires.

Les progrès de ces services dépendent du budget dont ils disposent. Certaines villes maintiennent leurs services scolaires par l'intermédiaire du Service de la santé, d'autres par la Commission de l'instruction publique. Les infirmières de santé publique participent à plusieurs des services locaux de santé.

Bien que, dans quelques provinces, certaines régions ne soient pas encore pourvues de services de santé modernes, l'établissement d'unités sanitaires à temps continu dans toutes les provinces a fait beaucoup pour parer à l'absence de services complets qui caractérisait autrefois les petites villes et les régions rurales. Le travail de ces unités sanitaires est décrit dans le chapitre sur l'*Administration en santé publique* et dans la section précédente sur les initiatives provinciales.

Afin de protéger et de conserver la santé de leurs habitants, les grands centres urbains, et aussi à un degré plus ou moins prononcé, les petits centres, doivent avoir des mesures d'assainissement, notamment l'entretien et le fonctionnement des égouts et des systèmes de tout à l'égout, l'enlèvement des ordures ménagères et le nettoyage des rues. Le coût de ces services retombe sur les contribuables locaux et bien que les chiffres de la dépense annuelle à cet égard ne soient pas disponibles, une estimation de 14 millions de dollars semble raisonnable, d'après les données des grandes villes. Il reste beaucoup à faire dans ce domaine au Canada. Plusieurs villes de moyenne importance n'ont pas de système de tout à l'égout satisfaisant.

La situation en Ontario démontre jusqu'à quel point les dispositions d'assainissement ont progressé. D'après le ministère provincial de la Santé, 170 systèmes d'égout fonctionnent en Ontario à la fin de 1948; certains d'entre eux desservent plusieurs municipalités. Soixante-neuf de ces systèmes se déversent directement dans les rivières voisines cependant que 101 sont aménagés pour détruire les ordures.

## COÛT DES SERVICES DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Le tableau 22 donne les dépenses de tous les gouvernements pour les services généraux de la santé publique en 1946. Ce tableau ne comprend pas le coût des services de soins médicaux, dentaires et connexes, par exemple le traitement du cancer et de la poliomyélite, les subventions aux médecins de campagne, ni le coût direct des soins médicaux aux cas d'assistance publique ainsi qu'à d'autres groupes. Ces derniers paraissent au tableau 51 du chapitre sur les *Soins médicaux par les pouvoirs publics*. Le tableau 22 ne comprend pas non plus le coût de l'hospitalisation des tuberculeux, des personnes souffrant de maladies mentales et des cas d'hôpital général dans les institutions. Il comprend le coût des services préventifs connexes entrepris en tant que partie du plan général de santé publique, et le coût de la lutte antivénérienne, qui paraissent en détail au tableau 25.

Le montant de $290,000 qui paraît dans la colonne du Dominion comprend les subventions à la lutte antivénérienne, $222,000, et des versements de $68,000 au compte des statistiques démographiques, pour des copies microfilmées des archives provinciales; ces deux montants sont fondés sur les Comptes publics fédéraux de l'année financière terminée le 31 mars 1947.

Le montant de $3,713,000 dans la colonne du Dominion comprend les dépenses faites par le Service de la santé du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, autres que les dépenses relatives aux soins médicaux et hospitaliers pour les Indiens, $2,082,000; les subventions à la lutte antivénérienne et les soins médicaux et hospitaliers aux marins malades, $241,000. En plus des dépenses du Service de la santé, l'article comprend des subventions à des organisations spéciales de santé, $38,000 et $223,000 pour frais d'organisation administrative.

Durant l'année 1946-1947, les dépenses des autres ministères fédéraux pour fins de santé comprennent:

*a*) L'application de la loi des épizooties et de la loi des viandes et conserves alimentaires, y compris les indemnités versées pour les animaux abattus au montant de $2,191,000; et

*b*) Le Bureau fédéral de la statistique, en plus de payer $68,000 aux provinces pour des copies microfilmées des archives démographiques, paie les frais de:

(i) formules fournies aux provinces pour l'enregistrement des naissances, mariages et décès et pour la déclaration des maladies vénériennes;

TABLEAU 22—SOURCE DES FONDS ET DÉPENSES POUR LA SANTÉ PUBLIQUE EN GÉNÉRAL[1], 1946, ET DÉPENSE PAR TÊTE, 1946 ET 1944

(en milliers de dollars)

| — | Source des fonds | | | | Dépenses totales | Dépense par tête (dollars) | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Province | Municipalités[2] | Dominion | Autres | | 1946 | 1944[3] |
| Île du Prince-Édouard | 66 | 4 | 6 | 5 | 81 | 0·86 | 0·46 |
| Nouvelle-Écosse | 363 | 130 | 19 | — | 512 | 0·84 | 0·72 |
| Nouveau-Brunswick | 182 | 67 | 15 | 3 | 267 | 0·56 | 0·52 |
| Québec | 2,235 | 1,677 | 79 | 2 | 3,993 | 1·10 | 1·07 |
| Ontario | 2,818 | 2,735 | 87 | — | 5,640 | 1·38 | 1·18 |
| Manitoba | 605[4] | 447 | 18 | — | 1,070 | 1·47 | 1·13 |
| Saskatchewan | 909 | 294[5] | 22 | — | 1,225 | 1·47 | 0·50 |
| Alberta | 386 | 226 | 20 | — | 632 | 0·79 | 0·54 |
| Colombie-Britannique | 746 | 449[6] | 24 | — | 1,219 | 1·22 | 0·86 |
| *Sous-total* | *8,310* | *6,029* | *290* | *10* | *14,639* | *1·19* | *0·97* |
| Dominion | — | — | 3,713 | — | 3,713 | 1·19 | — |
| **Total général** | **8,310** | **6,029** | **4,003** | **10** | **18,352** | **1·49** | **1·07** |

(1) Fondé sur les comptes publics fédéraux et provinciaux, les rapports municipaux et autres données connexes. En autant que c'est possible d'après les renseignements disponibles, les dépenses relatives aux soins médicaux et hospitaliers sont exclues. Voir au tableau 51 le coût des soins médicaux des programmes tels que le traitement du cancer et de la poliomyélite, des soins médicaux aux cas d'assistance publique, de l'administration des soins médicaux et des services et subventions aux médecins de campagne.

(2) Les montants sont approximatifs seulement et ne comprennent pas le coût de l'assainissement. Les renseignements sur les dépenses municipales sont incomplets dans la plupart des provinces.

(3) Les chiffres de cette colonne ne sont pas exactement comparables avec les chiffres publiés précédemment; ils ont été recalculés afin de les rendre comparables aux dépenses de 1946. Voir renvoi 1.

(4) Ne comprend pas des paiements se montant à 45 versés par les municipalités pour des services de santé fournis par les provinces.

(5) Ne comprend pas 107 payés par la *Weyburn Health Region* pour soins hospitaliers.

(6) Comprend 95 pour services de santé dans les écoles.

(ii) salaires des commis et des mécanographes qui travaillent à la préparation des principaux tableaux statistiques pour les rapports des statistiques démographiques des provinces;

(iii) salaires et dépenses de la Section de la santé publique; aussi, ceux qui se rapportent au travail sur la statistique des hôpitaux de la Section des institutions de la Division de la santé et du bien-être;

(iv) loyer de machinerie, apprêtage des microfilms, papeterie, etc.

(Le coût des services relatifs à la santé ne peut pas facilement être isolé des autres frais parce que les fonctions de la Division de la santé et du bien-être s'étendent à d'autres domaines, notamment à la préparation d'un index national des statistiques démographiques, à la préparation des statistiques judiciaires ainsi que des statistiques sur les institutions de charité et de bienfaisance.)

Les ministères fédéraux assurent durant l'année d'autres services de santé publique dont le coût est inconnu et ne peut pas être estimé, notamment:

*a*) En vertu des dispositions de la loi sur la statistique (Canada) les provinces jouissent de la franchise postale sur

(i) tous les enregistrements de naissances, mariages et décès;

(ii) toute déclaration de tuberculose et de maladie vénérienne;

(iii) les rapports sur la fréquence du cancer; et

(iv) les rapports ordinaires sur les maladies transmissibles chaque semaine.

*b*) Ministère des Mines et Ressources: le coût imputable à la santé publique de l'assainissement des parcs nationaux.

---

SOURCES:

Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.
Ministère provinciaux de la Santé.

# 7. MALADIES VÉNÉRIENNES

Les maladies vénériennes sont l'un des plus graves problèmes de la santé publique au Canada. L'importance de la syphilis et de la gonorrhée tient non seulement à la fréquence des infections primaires mais aux effets reconnus de ces maladies sur les autres problèmes de santé.

La portée sociale des maladies vénériennes et certaines attitudes collectives qui tendent à compliquer les mesures de répression accentuent le problème d'obtenir des renseignements précis quant au nombre effectif de cas en jeu.

Cependant, les autorités de santé publique et des groupes non gouvernementaux intéressés au progrès de la lutte antivénérienne ont pu évaluer la tendance générale durant plusieurs années; depuis 1943, lorsque la déclaration de ces infections est introduite à l'échelle nationale, il existe des chiffres plus fiables sur la fréquence de la maladie. D'autre part, la déclaration par les médecins ne peut pas encore être considérée comme complète, surtout pour la gonorrhée.

Malgré cette réserve, il y a moyen d'obtenir une indication assez sûre de la tendance de la syphilis et de la gonorrhée d'après le nombre de cas déclarés aux ministères provinciaux de la Santé par les médecins et les dispensaires. Le tableau 23 fait voir la diminution de fréquence de ces deux maladies durant la période 1944-1948; il indique le nombre de cas déclarés et le taux par 100,000 habitants.

La tendance favorable reflète l'importance croissante attribuée aux mesures de répression tant à l'échelle nationale que provinciale, surtout depuis 1943. Cette année marque le retour des subventions fédérales en espèces et en matériel pour aider les gouvernements provinciaux dans leur œuvre de répression et le rétablissement de la Division fédérale de la lutte antivénérienne.

## HISTORIQUE DES SUBVENTIONS FÉDÉRALES

Dès 1919, le gouvernement fédéral aide les provinces au moyen de subventions en espèces. Durant et immédiatement après la guerre de 1914-1918, la montée précipitée de la fréquence des maladies vénériennes au Canada détermine l'allocation de $200,000 par an sous forme de subventions aux provinces. La répartition se fait d'après la population et sous certaines conditions dont la principale est que chaque province participante doive dépenser un montant égal à celui qu'elle reçoit du gouvernement fédéral.

A partir de 1924, la subvention est réduite à intervalles et durant l'année financière 1932-1933, malgré les protestations de différents organismes, cette forme d'aide aux gouvernements provinciaux est discontinuée.

Peu après le Conseil canadien d'hygiène publique recommande que l'assistance fédérale aux provinces pour la lutte antivénérienne soit rétablie aussitôt que la situation économique le permettra et en 1936, un comité est nommé pour étudier la situation. On remarque, en conséquence, que le retrait de la subvention a produit une diminution sensible de l'œuvre d'enseignement public et du travail de continuation ainsi que des dispositions pour le traitement des maladies vénériennes dans les provinces.

TABLEAU 23—FRÉQUENCE DES MALADIES VÉNÉRIENNES AU CANADA, 1944-1948

(Source: Division de la santé et du bien-être, Bureau fédéral de la statistique)

| Année | Syphilis | | Gonorrhée | | Total[1] | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Cas déclarés | Taux par 100,000 habitants | Cas déclarés | Taux par 100,000 habitants | Cas déclarés | Taux par 100,000 habitants |
| 1944 | 16,475 | 137·8 | 22,282 | 186·3 | 38,772 | 324·2 |
| 1945 | 15,279 | 126·3 | 25,237 | 208·5 | 40,528 | 334·9 |
| 1946 | 15,217 | 123·9 | 26,286 | 214·0 | 41,556 | 338·3 |
| 1947 | 11,527 | 91·8 | 21,764 | 173·3 | 33,476 | 266·6 |
| 1948 | 8,907 | 69·3 | 18,547 | 144·2 | 27,491 | 213·8 |

1. Le total comprend les chancres mous, les granulomes inguinaux et les lymphogranulomes vénériens.

Par la suite, plusieurs organismes indépendants de santé soulignent l'avantage de rétablir la subvention fédérale aux provinces; en mai 1938, afin de stimuler la mise en service d'aménagements plus étendus pour le traitement dans les provinces, le gouvernement fédéral vote une somme de $50,000 pour la distribution des préparations arsenicales utilisées dans le traitement de la syphilis.

L'objet principal de cette subvention est de libérer les fonds provinciaux alors affectés à l'achat de drogues afin qu'ils soient consacrés à la reprise des campagnes d'enseignement et des initiatives épidémiologiques, ce qui remédiera à quelques-uns des manquements observés depuis la discontinuation de la subvention fédérale en 1932.

L'aide fédérale consiste seulement à fournir des préparations arsenicales durant la période 1938-1942.

Lors d'une réunion des ministres provinciaux de la Santé tenue à Ottawa en septembre 1942, les questions étudiées comprennent la situation durant les années précédentes, l'augmentation graduelle de la fréquence des maladies vénériennes, la discontinuation des subventions fédérales et l'avantage de les rétablir. Il est recommandé que le Conseil canadien d'hygiène publique prépare un projet d'allocations fédérales aux provinces pour 1943-1944. C'est ce qui a été fait et c'est la base du système de subventions alors introduit.

La subvention de 1943-1944 et celles des deux années suivantes, au montant de $175,000 chacune, sont divisées entre les provinces selon trois facteurs: 30 p. 100 d'après la population; 40 p. 100 d'après l'étendue du problème vénérien; et 30 p. 100 d'après les besoins financiers de la province.

Chaque province reçoit 85 p. 100 de sa subvention en espèces et 15 p. 100 en matériel d'enseignement. En plus de ces subventions, la subvention annuelle de $50,000 pour la distribution de produits arsenicaux est maintenue. Cette subvention est répartie selon la population.

Pour l'année 1946-1947, la base de la répartition de la subvention de $175,000 est revisée selon la recommandation du Conseil canadien d'hygiène publique. La répartition de cette année est basée sur une subvention minimum d'organisation de $4,000 à chaque province; le reste est divisé selon la population. La proportion de 85 p. 100 en espèces et 15 p. 100 en matériel d'enseignement est maintenue. La subvention pour les produits arsenicaux est étendue aux médicaments reconnus et approuvés dans le traitement des maladies vénériennes mais sa base de répartition n'est pas modifiée.

La subvention en espèces et en matériel doit servir à l'emploi des mesures préventives qui seront les plus efficaces pour réduire la fréquence des maladies vénériennes. L'enseignement, l'épidémiologie, les archives, les conférences et les normes sont mentionnés en particulier. On souligne les deux premières de ces mesures préventives.

Pour avoir droit à la subvention, chaque province doit soumettre un état complet de son programme de lutte antivénérienne et du budget qu'elle y consacre, des projets d'expansion et d'amélioration des services provinciaux et locaux grâce à l'aide des allocations fédérales, et un budget sur l'emploi des subventions fédérales. Les provinces doivent dépenser à même leurs propres deniers des montants égaux ou supérieurs aux subventions fédérales et tenir ces dernières dans un fonds distinct des fonds provinciaux.

Les provinces peuvent garder la partie non dépensée de la subvention fédérale à la lutte antivénérienne à condition de la dépenser dans les 12 mois qui suivent la fin de l'année financière à laquelle la subvention a été originairement affectée. Cette limite de temps durant laquelle la partie non dépensée des subventions peut être retenue est introduite en 1946-1947.

Le tableau 24 indique les dépenses du ministère fédéral de la Santé nationale et du Bien-être social durant les années financières 1943-1944 à 1947-1948.

TABLEAU 24—DÉPENSES FÉDÉRALES[1] RELATIVEMENT AUX MALADIES VÉNÉRIENNES
1943-1944—1947-1948.

(en milliers de dollars)

| Année | Administration | Subventions | | Total |
|---|---|---|---|---|
| | | Drogues | Espèces et matériel | |
| 1943-1944..... | 7·2 | 45·6 | 149·9 | 202·7 |
| 1944-1945..... | 89·7[2] | 43·5 | 175·6 | 308·8 |
| 1945-1946..... | 31·6[2] | 49·9 | 179·9 | 261·4 |
| 1946-1947..... | 20·0 | 49·9 | 171·8 | 241·7 |
| 1947-1948..... | 28·9 | 49·4 | 167·0 | 240·3 |

[1]Ne comprend que les dépenses du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.

[2]Comprend 74·0 pour campagnes spéciales de publicité, soit 67·0 en 1944-1945; et 7·0 en 1945-1946.

Au début de 1948, en même temps que les autres subventions à la santé qui constituent le Programme national d'hygiène, les subventions à la lutte antivénérienne sont augmentées de $275,000 ce qui, avec les subventions actuelles en espèces et en matériel et l'allocation pour les drogues, forme un total de $500,000.

Ce montant supplémentaire est réparti selon la population et doit être utilisé par les provinces à soutenir

un ou plusieurs projets en vue d'améliorer, d'étendre et de développer le programme actuel. Les provinces doivent maintenir au moins le niveau et l'envergure actuels des services de lutte antivénérienne et n'employer les fonds reçus en vertu de la nouvelle subvention qu'à la mise en œuvre du projet spécifié. Une contribution égale n'est pas exigée des provinces.

Au cours des années futures, cette subvention sera portée à $500,000 et accordée aux mêmes termes et conditions, soit une somme uniforme de $4,000 à chaque province et le reste selon la population.

D'après l'année financière 1948-1949, chaque province aurait droit aux montants indiqués plus bas.

SUBVENTION À LA LUTTE ANTIVÉNÉRIENNE
(en milliers de dollars)

| Province | Subvention |
|---|---|
| Île du Prince-Édouard | 7·5 |
| Nouvelle-Écosse | 26·9 |
| Nouveau-Brunswick | 22·1 |
| Québec | 141·1 |
| Ontario | 158·8 |
| Manitoba | 31·5 |
| Saskatchewan | 35·1 |
| Alberta | 34·4 |
| Colombia-Britannique | 42·6 |
| Coût total au gouvernement fédéral | **500·0** |

## INITIATIVES FÉDÉRALES ET PROVINCIALES

Avec la répartition actuelle de la responsabilité entre les autorités fédérales et provinciales dans la lutte antivénérienne, les gouvernements provinciaux administrent effectivement les traitements, effectuent les enquêtes épidémiologiques, et appliquent les programmes d'enseignement cependant que le gouvernement fédéral aide principalement en fournissant des subventions et des services de consultants et en organisant des entreprises d'enseignement et de recherches.

### Initiatives fédérales

Lors de la première Conférence fédérale-provinciale des directeurs de la lutte antivénérienne, du 8 au 11 août 1944, il est décidé que la principale fonction de la Division fédérale de la lutte antivénérienne est de prendre l'initiative dans la mise en œuvre d'un programme tendant à réduire la menace d'infection vénérienne au Canada. Le champ d'action de la Division fédérale a été élargi à des Conférences fédérales-provinciales ultérieures; il comprend maintenant les fonctions suivantes:

*a*) formuler, en consultation avec les provinces, des mesures suffisantes de répression, sur un plan efficace et étendu;

*b*) administrer la subvention fédérale à la lutte antivénérienne aux provinces;

*c*) remplir les fonctions de coordination, d'intégration, d'uniformisation, faire des enquêtes et des estimations, et établir un échange général d'idées sur l'administration en consultation avec les provinces et les organismes et groupes nationaux;

*d*) assurer un service professionnel de consultation médicale;

*e*) aider à maintenir des services de renseignements à l'usage des profanes et des professionnels;

*f*) encourager les recherches et améliorer les moyens de formation du personnel professionnel; et

*g*) compiler et maintenir des résumés des dossiers des maladies vénériennes chez les anciens militaires.

### Initiatives provinciales

La plupart des provinces ont des Divisions distinctes de la lutte antivénérienne, avec des directeurs et autres techniciens, à temps continu ou discontinu, plus ou moins en proportion de la taille de la province et des besoins locaux.

Toutes les provinces donnent le même type général de service avec des modifications légères selon les conditions locales. Ces services peuvent être décrits brièvement de la manière suivante:

Réunion des statistiques sur la fréquence des maladies vénériennes.

Service de diagnostic de laboratoire pour les maladies vénériennes, dans des laboratoires dirigés ou subventionnés par la province, dans toutes les provinces. Maintien des dispensaires pour le diagnostic et le traitement gratuits des maladies vénériennes, soit 90 centres dans toutes les provinces. Certaines provinces, y compris le Nouveau-Brunswick, le Québec, le Manitoba, la Saskatchewan et la Colombie-Britannique fournissent, en plus des dispensaires gratuits, les traitements gratuits à tous ceux dans la province qui ne peuvent pas payer. Ce service est offert sur la base d'honoraires après entente avec les médecins traitants.

Distribution gratuite des médicaments aux médecins pour les cas de maladies vénériennes.

Enquête épidémiologique sur les contacts avec les cas de maladies vénériennes, généralement par les infirmières de santé publique.

Dépistage des cas de maladies vénériennes par l'examen du sang et l'examen médical de groupes spéciaux. Les lois de l'Île du Prince-Édouard, du Manitoba, de la Saskatchewan, de l'Alberta et de la Colombie-Britannique pourvoient à l'examen prénuptial pour la syphilis. La loi de la Colombie-Britannique n'est pas entrée en vigueur.

Application de la législation antivénérienne dans les cas où des personnes souffrant d'infections transmissibles refusent d'être traitées.

Renseignement de la profession médicale et infirmière et de la population en général sur les maladies vénériennes. Toutes les provinces ont des programmes d'enseignement qui sont dans certains cas mis en œuvre en collaboration avec les organismes locaux et les groupes régionaux. Le caractère des programmes varie dans les différentes provinces. La Colombie-Britannique, la Saskatchewan et l'Ontario ont organisé des programmes de conférences dans les écoles secondaires.

A la suite du rapport de 1946 de la Commission sur les maladies vénériennes du Manitoba, des dispositions ont été prises en vertu de la loi sur la santé publique pour la suspension ou l'annulation des permis d'établissements tels que les salles de danse, les débits de bière ou les camps de tourisme qui contribuent directement ou indirectement à répandre le mal vénérien. La Nouvelle-Écosse et la Saskatchewan ont des lois semblables.

En Colombie-Britannique, le ministre de la Santé et du Bien-être a le pouvoir de faire des règlements relatifs à l'examen ordinaire du sang de toutes les femmes enceintes par les médecins qui les soignent. De tels règlements ne sont pas encore entrés en vigueur. En Ontario, la loi de la santé publique autorise l'examen médical de toutes les femmes enceintes, aux frais de la province et l'examen du sang fait partie des conditions requises par les règlements.

Dans les prisons du Manitoba, de l'Alberta et de la Colombie-Britannique, l'examen de tous les prisonniers pour les maladies vénériennes se fait d'office.

Un service consultatif sur les maladies vénériennes est mis à la disposition des médecins dans le Nouveau-Brunswick, le Québec, l'Ontario, le Manitoba, l'Alberta et la Colombie-Britannique.

### Programmes municipaux

Dans la plupart des villes canadiennes, l'œuvre antivénérienne fait partie du programme général de santé publique, sans services spéciaux chargés exclusivement de s'en occuper. A Montréal et à Toronto, cependant, des médecins à temps continu ont été nommés récemment pour diriger les programmes municipaux de lutte antivénérienne.

## COÛT DE LA LUTTE ANTIVÉNÉRIENNE

La dépense totale des gouvernements fédéral et provinciaux pour la lutte antivénérienne au Canada s'élève en 1946-1947 à $964,000 soit près de 8 cents par tête. Le tableau 25 donne la répartition des dépenses par province. Il n'y a pas de renseignements disponibles sur le montant des dépenses municipales pour la lutte antivénérienne.

TABLEAU 25—DÉPENSES POUR LA LUTTE ANTIVÉNÉRIENNE[1], ANNÉE FINANCIÈRE 1946-1947
(en milliers de dollars)

| — | Versements fédéraux[2] | | | Dépense brute par province[3] | Dépense par tête (dollars) |
|---|---|---|---|---|---|
| | Administration et enseignement | Subventions aux provinces | | | |
| | | Subventions en espèces | Valeur des médicaments | | |
| CANADA | **20·0** | **171·8** | **49·7** | **944·0** | **0·078**[4] |
| Île du Prince-Édouard | — | 4·8 | 0·3 | 10·9 | 0·116 |
| Nouvelle-Écosse | — | 10·7 | 2·7 | 66·2 | 0·108 |
| Nouveau-Brunswick | — | 9·3 | 2·0 | 27·4 | 0·057 |
| Québec | — | 44·4 | 14·7 | 242·7 | 0·067 |
| Ontario | — | 49·4 | 16·5 | 289·0 | 0·070 |
| Manitoba | — | 11·8 | 3·0 | 51·1 | 0·070 |
| Saskatchewan | — | 13·7 | 3·2 | 50·7 | 0·061 |
| Alberta | — | 13·0 | 3·4 | 61·1 | 0·076 |
| Colombie-Britannique | — | 14·7 | 3·9 | 144·9 | 0·144 |

(1) Fondé sur les comptes publics fédéraux et provinciaux, les statistiques des finances publiques de la Conférence fédérale-provinciale, et les rapports à la Division de la lutte antivénérienne.
(2) Ne comprend que les versements faits par la Division de la lutte antivénérienne du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.
(3) Dépenses faites durant les années financières provinciales à même les sources de revenus provinciaux et les subventions fédérales, y compris la valeur des médicaments fournis.
(4) Fondé sur les dépenses fédérales pour l'administration et l'enseignement, et les dépenses provinciales brutes, qui ensemble se montent à 964·0.

Sources:

Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social: Dr. B. D. B. Layton, directeur, Division de la lutte antivénérienne.

# 8. ENFANTS INFIRMES

Il est difficile de déterminer l'étendue exacte des affections qui causent des infirmités chez les enfants au Canada. En décembre 1944, le directeur des Services de la santé publique du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social estime que le pays compte 50,000 enfants infirmes.

En 1944, le Manitoba établit un Bureau d'enregistrement des enfants infirmes et 1,259 cas, soit 1·7 par 1,000 habitants, sont inscrits durant les 4 ans de 1944 à 1947.

Dans le groupe paraplégique seulement, on a trouvé beaucoup moins de cas. En 1947, un relevé spécial est entrepris afin de déterminer le nombre de paraplégiques dans des régions rurales types du Manitoba. Sur une population de 53,000 personnes en dehors des institutions, dans les régions couvertes par le relevé, il y a 26 paraplégiques, dont 13 enfants.

D'après la Société de l'Ontario pour les enfants infirmes, 2,010 cas orthopédiques et 958 enfants souffrant d'autres défauts physiques sont soignés en 1947 par des cercles de bienfaisance sociale à travers la province qui exercent leur activité dans ce domaine.

La réadaptation des enfants physiquement désavantagés comporte l'évaluation des besoins individuels par les méthodes modernes de diagnostic, l'application des traitements médicaux et chirurgiques nécessaires, y compris la thérapeutique physique, et la thérapeutique professionnelle et l'emploi de toute autre mesure appropriée en vue de rééduquer et de réadapter le malade et de l'aider à s'adapter socialement.

Plusieurs cas, incapables d'une réadaptation complète, peuvent profiter jusqu'à un certain point de soins et de traitements appropriés. Des études effectuées dans l'État de Michigan démontrent que tel est particulièrement le cas chez les enfants qui souffrent de paralysie cérébrale; peu de ces cas peuvent atteindre l'indépendance physique et la faculté de vivre une vie normale, mais 60 ou 70 p. 100 d'entre eux peuvent tirer avantage d'un traitement approprié.

Un programme pour les enfants infirmes du Canada a été proposé; il comprendrait plusieurs services, qui peuvent être décrits brièvement de la manière suivante:

1. Détermination de l'étendue du problème au moyen d'enquêtes effectuées par les services provinciaux et les organismes intéressés à trouver les enfants infirmes, surtout ceux qui vivent à la campagne. A ce point de vue, l'établissement d'un système d'enregistrement et de déclaration serait utile.

2. Maintien de dispensaires en collaboration avec les fonctionnaires, les médecins, les infirmières et les hôpitaux provinciaux et municipaux. A cet égard, il serait utile de fournir gratuitement le transport et les appareils prothétiques.

3. Campagne en vue de donner l'instruction aux enfants physiquement désavantagés, y compris l'enseignement à la maison et dans des camps en plein air.

4. Collaboration avec les écoles, les organismes de formation, les groupes locaux et les services de réadaptation pour donner la formation professionnelle, y compris des fonds pour le transport, la chambre et la pension, l'outillage et les appareils prothétiques durant la formation.

5. Placement des infirmes dans des emplois, avec l'aide des bureaux de placement, des services de réadaptation, des organismes de formation, des employeurs et des groupes locaux. Des dispositions doivent aussi être prises relativement aux infirmes confinés au logis, ainsi qu'à l'établissement d'ateliers protégés contre la concurrence.

6. Préparation d'un répertoire des services pour les enfants infirmes, qui comprendra tous les organismes qui aident les infirmes, ainsi qu'une description de leurs fonctions.

Le Conseil canadien des enfants infirmes est organisé en 1937 pour servir de lien national entre les organismes qui se livrent activement au soin des enfants infirmes.

Six provinces ont des organismes privés chargés de coordonner les œuvres pour enfants infirmes. La plupart des provinces ont des hôpitaux aménagés pour le traitement des cas orthopédiques.

Toutes les provinces collaborent avec les organismes non gouvernementaux au soin et à la formation des enfants infirmes. Les dispositions financières varient d'une province à l'autre: le Nouveau-Brunswick et l'Alberta assument le coût entier du traitement des cas de poliomyélite; dans toutes les provinces, les soins hospitaliers font partie du programme de soins hospitaliers en général.

Le coût des programmes provinciaux de traitement de la poliomyélite est inclus dans le tableau 51, au chapitre sur les *Soins médicaux par les pouvoirs publics*.

## INITIATIVES FÉDÉRALES

Le régime de subventions introduit en 1948 en tant que partie du Programme national d'hygiène comprend une subvention en vue d'aider les gouver-

nements provinciaux à établir des services pour prévenir et corriger les causes d'infirmité chez les enfants, ainsi que pour réadapter et former ces enfants.

Une subvention de $500,000 est mise à la disposition des provinces chaque année; le montant que chacune peut recevoir est déterminé ainsi: une somme nette de $4,000 à chaque province et le reste divisé selon les dernières estimations de la population entre les recensements.

Le tableau suivant indique les subventions mises à la disposition des provinces en 1948-1949:

SUBVENTIONS POUR LES ENFANTS INFIRMES
(en milliers de dollars)

| Province | Subvention |
|---|---|
| Île du Prince-Édouard | 7·5 |
| Nouvelle-Écosse | 26·9 |
| Nouveau-Brunswick | 22·1 |
| Québec | 141·1 |
| Ontario | 158·8 |
| Manitoba | 31·5 |
| Saskatchewan | 35·1 |
| Alberta | 34·4 |
| Colombie-Britannique | 42·6 |
| Coût total au gouvernement fédéral | 500·0 |

La subvention a pour but d'aider à organiser de nouveaux services pour la prévention et le traitement des causes d'infirmité chez les enfants, y compris la réadaptation, mais elle ne doit pas remplacer les dépenses faites à même les fonds provinciaux.

Aux fins de la subvention, un enfant infirme signifie une personne de 21 ans ou moins, dont les muscles sont limités dans leurs mouvements normaux, à cause de maladie, accident, ou défaut de naissance.

Les projets approuvés en vertu de la subvention comprennent la formation du personnel professionnel dans le traitement des cas de paralysie cérébrale; l'expansion des dispositions relatives au traitement, aux appareils prothétiques et à la réadaptation des cas de poliomyélite, et au traitement des enfants qui souffrent d'autres infirmités; et l'amélioration des services préventifs.

## INITIATIVES PROVINCIALES

*Île du Prince-Édouard*—La Croix-rouge assume la responsabilité financière dans le cas des indigents.

*Nouvelle-Écosse*—Le ministère de la Santé dirige une clinique du traitement Kenney depuis 1942. Un grand nombre d'enfants infirmes sont traités chaque année au dispensaire orthopédique rattaché à l'hôpital des enfants d'Halifax. On projette d'étendre les services sous l'autorité provinciale, en employant l'hôpital général Victoria, qui appartient à la province.

*Nouveau-Brunswick*—La province se charge du coût moyen par jour de l'hospitalisation des cas de poliomyélite. Comme mesure provisoire dans l'établissement d'un centre de poliomyélite, le *Victoria Public Hospital* de Fredericton dirige une annexe pour cette maladie.

La province se charge du coût du traitement hospitalier de tous les cas de poliomyélite depuis le 1er janvier 1945.

*Québec*—La province prend à sa charge le soin, l'instruction et la réadaptation des enfants infirmes du Québec; elle accorde une subvention de $2.01 par jour à quatre organismes de bienfaisance qui dirigent des écoles pour les enfants infirmes. Ces institutions, dans Québec, Montréal et Sherbrooke, ont une inscription totale de 860 en 1948. Les indigents qui ont besoin de traitements hospitaliers sont admis en vertu de la loi de l'assistance publique, et les autorités de la province, de la municipalité et de l'hôpital défraient les soins.

Dans la région de Montréal, les enfants infirmes sont traités à l'hôpital des *Shriners* pour les enfants infirmes.

*Ontario*—Le gouvernement provincial paie le soin des victimes de la poliomyélite dans huit hôpitaux approuvés selon un taux fixe de salle ainsi que les traitements de physiothérapie recommandés par le Comité local de poliomyélite et les soins infirmiers pour les malades enfermés dans des respirateurs.

La Société de l'Ontario pour les enfants infirmes dirige deux camps d'été classés comme hôpitaux de convalescence et une institution ouverte à l'année depuis 1948 et classée comme hôpital pour les malades chroniques.

La municipalité de domicile paie au taux statutaire de $2.25 par jour cependant que les subventions provinciales par jour sont versées aux institutions à temps partiel à raison de 75 cents par jour pour les 60 premiers jours et 50 cents par jour ensuite. Les subventions provinciales aux institutions pour les malades chroniques sont déterminées d'après la capacité des salles publiques, ainsi qu'il est décrit au chapitre sur l'*Hospitalisation en général.*

Les cercles locaux de bienfaisance sociale aident fréquemment à défrayer l'hospitalisation et à fournir des appareils prothétiques.

Outre les paiements pour les soins hospitaliers, la province accorde une subvention annuelle à la Société de l'Ontario pour les enfants infirmes.

*Manitoba.*—Le ministère de la Santé et du Bien-être public établit en 1944 un Bureau d'enregistrement des enfants infirmes; les malades qui ont besoin d'aide pour obtenir les traitements sont renvoyés à

la Croix-rouge cadette qui enquête davantage et prend des dispositions pour le traitement s'il est jugé nécessaire.

La province n'aide que les malades qui souffrent des effets de la poliomyélite. Cette aide se limite au paiement de soins pendant trois semaines dans les salles publiques de certains hôpitaux et à l'achat de chaussures spéciales et autres appareils orthopédiques.

L'hôpital des *Shriners* à Winnipeg, qui accepte gratuitement les enfants affligés de certains genres d'infirmités, occupera ses nouveaux locaux de 40 lits en 1949.

Le gouvernement provincial projette d'étendre les services avec l'aide de la subvention fédérale.

*Saskatchewan.*—Les enfants infirmes sont soignés à l'hôpital de la Croix-rouge cadette, à Regina et l'hôpital des *Shriners* à Winnipeg accepte gratuitement les cas de la Saskatchewan.

La Croix-rouge et les *Shriners* fournissent les soins médicaux et hospitaliers et il n'y a pas de programme spécial du gouvernement en vigueur.

Lorsque la nécessité au point de vue médical l'exige, les enfants souffrant d'infirmité sont hospitalisés dans les hôpitaux publics généraux au même titre que les autres cas soignés en vertu du système de services hospitaliers de la Saskatchewan, qui est décrit au chapitre sur l'*Assurance-santé.*

*Alberta.*—Des traitements gratuits sont donnés dans certains hôpitaux à toute personne atteinte de poliomyélite. Pour les enfants souffrant d'autres infirmités, la province accorde une subvention spéciale à l'orthopédie à l'hôpital de la Croix-rouge cadette de Calgary, et à l'hôpital de l'Université, à Edmonton.

L'aide accordée par la province aux malades qui souffrent des suites de la poliomyélite se limite au paiement de trois semaines de soins dans les salles publiques de certains hôpitaux à l'achat de chaussures spéciales et autres appareils orthopédiques.

*Colombie-Britannique.*—Jusqu'à la fin de décembre 1948, le gouvernement provincial versait une subvention de 70 cents par jour jusqu'à concurrence de 300 jours et la municipalité accordait une subvention par jour dans certains cas. Les paiements à l'hôpital de Vancouver pour les enfants infirmes étaient faits par la Fédération de bienfaisance de Vancouver. Le solarium Queen-Alexandra à Cobble-Hill sur l'île de Vancouver recevait des subventions annuelles du gouvernement provincial.

A partir du 1er janvier 1949, les subventions par jour sont discontinuées. Les subventions municipales par jour sont versées au Fonds d'assurance-hospitalisation. Le coût des soins aux enfants hospitalisés atteints de maladies aiguës et qui bénéficient du Service d'assurance-hospitalisation de la Colombie-Britannique est versé à l'hôpital de Vancouver pour les enfants infirmes. Le soin des autres, y compris le service des malades externes, est défrayé par la Fédération de bienfaisance de Vancouver.

Le solarium Queen-Alexandra est payé pour un nombre limité de jours de traitement, ce qui est considéré comme traitement de cas aigus pour les enfants assurés en vertu du Service d'assurance-hospitalisation de la Colombie-Britannique.

---

SOURCES:

Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social:
Dr E. Couture, directeur, Division de l'hygiène maternelle et infantile.
Ministères provinciaux de Santé.

# 9. TUBERCULOSE

Près de 30,000 Canadiens meurent de tuberculose durant les années 1942-1946. C'est la huitième cause de décès à tous les âges, la première pour le groupe d'âge 15-45 ans.

La mortalité due à la tuberculose baisse continuellement au Canada jusqu'en 1940; elle est alors de 75 p. 100 environ moins élevée qu'en 1900. Les chiffres exacts pour le début du siècle ne sont pas connus pour tout le pays, mais un examen des décès enregistrés dans l'Ontario et le Québec semble indiquer une mortalité d'au moins 200 par 100,000 en 1900. En 1940, elle n'est plus que de 50·9.

Durant les premières années de la guerre, la mortalité due à la tuberculose augmente au Canada de même que dans beaucoup d'autres pays. Depuis la guerre, elle diminue et en 1947, elle n'est plus que de 43·4.

Durant la période 1921-1947, la mortalité due à la tuberculose descend de 87·7 par 100,000 à 43·4. Elle diminue dans toutes les provinces mais la diminution n'est pas uniformément marquée dans tout le pays. Le tableau 26 indique la tendance, par province, durant la période entière pour laquelle des renseignements complets sur la mortalité peuvent être obtenus, pour toute la population, y compris les Indiens.

Depuis 1922, la mortalité est constamment au-dessus de la moyenne nationale en Colombie-Britannique et dans le Québec; sauf en 1942 et 1943, la même remarque s'applique aussi aux provinces Maritimes. Dans les provinces des Prairies et l'Ontario, la mortalité est constamment moindre que la moyenne de tout le pays.

TABLEAU 26—MORTALITÉ[1] DUE À LA TUBERCULOSE, CANADA, PAR PROVINCE, 1921 À 1947

Taux par 100,000 de population

(SOURCE: Division de la santé et du bien-être, Bureau fédéral de la statistique)

| Année | CANADA | Î. P.-É. | N.-É. | N.-B. | Qué. | Ont. | Man. | Sask. | Alb. | C.-B. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1921..... | **87·7** | 144·4 | 134·0 | 106·4 | 123·2 | 71·0 | 68·8 | 42·5 | 53·2 | 77·8 |
| 1922..... | **86·0** | 125·8 | 133·1 | 107·5 | 121·3 | 66·4 | 61·0 | 44·5 | 52·7 | 93·7 |
| 1923..... | **87·2** | 106·9 | 125·9 | 112·9 | 123·8 | 66·0 | 64·9 | 45·2 | 61·7 | 94·6 |
| 1924[2]..... | **84·3** | 117·4 | 129·5 | 107·9 | 121·2 | 59·9 | 62·2 | 46·1 | 61·6 | 93·0 |
| 1925[2]..... | **81·0** | 101·2 | 114·0 | 103·6 | 115·2 | 60·2 | 60·9 | 43·2 | 58·8 | 92·2 |
| 1926[2]..... | **86·0** | 104·6 | 129·1 | 109·3 | 129·3 | 58·9 | 61·0 | 47·6 | 60·7 | 90·3 |
| 1927[2]..... | **82·3** | 86·2 | 127·8 | 104·3 | 120·4 | 56·7 | 57·6 | 47·8 | 63·3 | 91·0 |
| 1928[2]..... | **81·0** | 113·6 | 112·2 | 101·7 | 119·7 | 56·4 | 61·0 | 44·8 | 51·8 | 100·2 |
| 1929[2]..... | **79·5** | 88·6 | 103·7 | 96·8 | 121·5 | 52·4 | 63·5 | 43·9 | 58·8 | 95·0 |
| 1930[2]..... | **80·1** | 117·0 | 107·4 | 96·8 | 120·4 | 53·3 | 67·1 | 45·6 | 58·1 | 92·3 |
| 1931..... | **73·5** | 77·3 | 102·2 | 83·0 | 110·6 | 50·4 | 61·3 | 35·4 | 52·2 | 92·5 |
| 1932..... | **68·3** | 98·9 | 100·0 | 79·2 | 102·0 | 46·2 | 56·3 | 30·4 | 54·2 | 79·9 |
| 1933..... | **65·3** | 80·0 | 91·0 | 84·0 | 98·5 | 41·7 | 58·5 | 32·1 | 52·0 | 75·9 |
| 1934..... | **60·0** | 102·2 | 87·9 | 67·4 | 88·9 | 37·7 | 54·9 | 31·6 | 42·0 | 78·3 |
| 1935..... | **60·9** | 65·2 | 91·0 | 78·3 | 92·0 | 36·4 | 60·8 | 29·2 | 43·0 | 76·8 |
| 1936..... | **61·9** | 65·6 | 89·3 | 82·4 | 93·3 | 36·8 | 59·1 | 30·0 | 49·4 | 75·4 |
| 1937..... | **60·5** | 69·9 | 84·0 | 88·8 | 88·2 | 36·2 | 59·6 | 32·9 | 43·8 | 79·3 |
| 1938..... | **55·0** | 86·2 | 74·8 | 77·4 | 82·2 | 33·7 | 48·5 | 29·6 | 35·9 | 69·0 |
| 1939..... | **53·1** | 67·0 | 76·3 | 64·0 | 83·0 | 29·3 | 50·6 | 25·7 | 36·0 | 69·7 |
| 1940..... | **50·9** | 58·9 | 72·9 | 65·3 | 76·4 | 27·0 | 50·7 | 26·8 | 40·6 | 71·8 |
| 1941..... | **52·8** | 73·6 | 74·2 | 68·6 | 80·6 | 29·0 | 44·9 | 31·7 | 41·3 | 65·2 |
| 1942..... | **51·4** | 47·8 | 64·1 | 71·1 | 80·2 | 28·1 | 46·4 | 29·6 | 34·9 | 64·1 |
| 1943..... | **52·3** | 46·2 | 68·7 | 48·6 | 82·2 | 28·1 | 52·9 | 29·7 | 37·1 | 68·1 |
| 1944..... | **47·9** | 63·7 | 58·3 | 51·5 | 75·0 | 26·9 | 47·5 | 26·4 | 35·6 | 55·5 |
| 1945..... | **45·8** | 45·7 | 54·4 | 56·8 | 71·7 | 25·3 | 42·8 | 26·9 | 31·8 | 55·3 |
| 1946..... | **47·4** | 58·5 | 62·4 | 57·7 | 72·4 | 25·7 | 44·6 | 26·8 | 37·6 | 57·4 |
| 1947..... | **43·4** | 67·0 | 49·8 | 53·2 | 65·6 | 24·9 | 41·5 | 27·4 | 32·0 | 51·3 |

[1] Les taux indiqués dans ce tableau sont basés sur la population entière y compris les Indiens.

[2] Rectifiés pour comparabilité avec d'autres années indiquées dans ce tableau.

TABLEAU 27—MORTALITÉ DUE À LA TUBERCULOSE, INDIENS COMPRIS ET NON COMPRIS, PAR PROVINCE, 1936-1946

Taux par 100,000 de population

(SOURCE: Division de la santé et du bien-être, Bureau fédéral de la statistique)

| — | Moyenne 1936-1940 | Moyenne 1941-1945 | 1946 |
|---|---|---|---|
| CANADA— | | | |
| Total des décès | **56·2** | **50·0** | **47·4** |
| Indiens[1] | **665·6** | **613·3** | **579·1** |
| A l'exclusion des Indiens | **50·1** | **44·3** | **41·9** |
| *Île du Prince-Édouard*— | | | |
| Total des décès | 69·5 | 55·6 | 58·5 |
| Indiens[1] | 469·9 | 425·2 | 367·6 |
| A l'exclusion des Indiens | 68·4 | 54·4 | 57·6 |
| *Nouvelle-Écosse*— | | | |
| Total des décès | 79·4 | 63·8 | 62·4 |
| Indiens[1] | 369·8 | 467·6 | 327·1 |
| A l'exclusion des Indiens | 78·2 | 62·3 | 61·4 |
| *Nouveau-Brunswick*— | | | |
| Total des décès | 75·4 | 59·3 | 57·7 |
| Indiens[1] | 517·5 | 446·2 | 520·6 |
| A l'exclusion des Indiens | 73·6 | 57·7 | 55·7 |
| *Québec* | | | |
| Total des décès | 84·5 | 77·9 | 72·4 |
| Indiens[1] | 298·1 | 384·1 | 372·9 |
| A l'exclusion des Indiens | 83·5 | 76·6 | 71·1 |
| *Ontario*— | | | |
| Total des décès | 32·5 | 27·5 | 25·7 |
| Indiens[1] | 357·5 | 385·3 | 338·2 |
| A l'exclusion des Indiens | 29·8 | 24·6 | 23·2 |
| *Manitoba*— | | | |
| Total des décès | 53·6 | 46·9 | 44·6 |
| Indiens[1] | 1,048·5 | 933·1 | 848·1 |
| A l'exclusion des Indiens | 34·0 | 27·5 | 25·8 |
| *Saskatchewan*— | | | |
| Total des décès | 629·0 | 28·9 | 26·8 |
| Indiens[1] | 66·2 | 623·8 | 471·4 |
| A l'exclusion des Indiens | 20·0 | 18·9 | 18·6 |
| *Alberta*— | | | |
| Total des décès | 41·1 | 36·1 | 37·6 |
| Indiens[1] | 1,166·5 | 923·9 | 875·7 |
| A l'exclusion des Indiens | 23·8 | 21·8 | 23·7 |
| *Colombie-Britannique*— | | | |
| Total des décès | 73·0 | 61·4 | 57·4 |
| Indiens[1] | 841·8 | 699·9 | 776·2 |
| A l'exclusion des Indiens | 48·2 | 42·8 | 37·9 |

[1] Y compris les Indiens non en tutelle. Les décès des Métis sont compris avec ceux des blancs.

La diminution la plus vive de la mortalité se produit dans l'Ontario, le Québec et les provinces Maritimes. Bien que le changement soit moins frappant dans les provinces des Prairies durant la période, les taux mêmes sont généralement plus bas.

Entre 1921 et 1930, le taux, au Canada, diminue beaucoup moins rapidement qu'aux États-Unis, mais, ces dernières années, la diminution se produit à une cadence comparable, bien qu'aux États-Unis le taux demeure toujours plus bas qu'au Canada.

La variation de la mortalité entre les provinces peut être attribuée en partie à l'importance variable des décès chez les Indiens. Le tableau 27 donne la mortalité au Canada et dans les provinces durant les années 1936-1946 parmi la population indienne et non indienne; les décès chez les Métis sont inclus dans ce dernier groupe. Les Métis sont inclus dans le groupe blanc parce que le degré de sang blanc peut varier beaucoup et qu'ils sont soignés au même titre que la population blanche sous les régimes provinciaux de lutte contre la tuberculose. Les décès d'Indiens qui ne sont pas sous la tutelle du gouvernement fédéral sont inclus avec ceux des Indiens qui le sont.

Le tableau 28 fait voir l'effet de l'exclusion des décès des Indiens sur la réduction de la mortalité

GRAPHIQUE 9

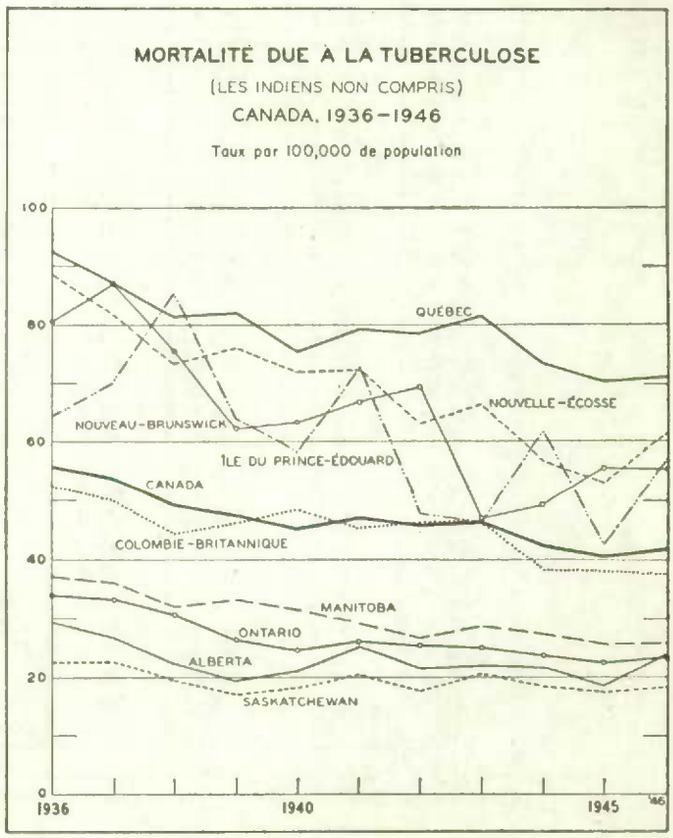


TABLEAU 28—VARIATION DE LA MORTALITÉ DUE À LA TUBERCULOSE, PAR PROVINCE, 1936 À 1946

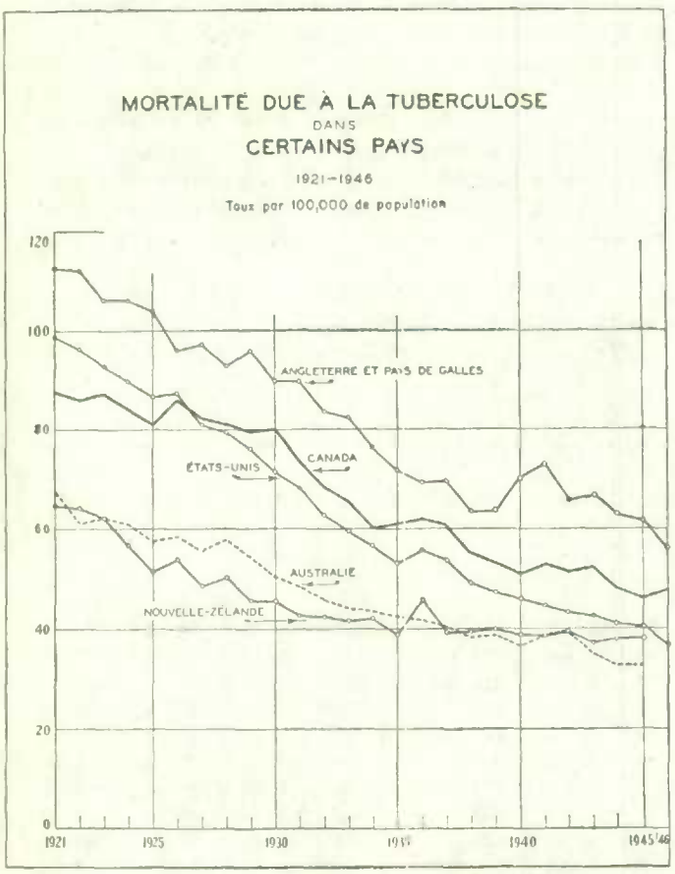
Taux par 100,000 de population

(SOURCE: Division de la santé et du bien-être, Bureau fédéral de la statistique)

| — | Total des décès | | | Décès, Indiens non compris | | | Décès d'Indiens[1] | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1936 | 1946 | Pourcentage de la réduction | 1936 | 1946 | Pourcentage de la réduction | 1936 | 1946 | Pour cent | |
| | | | | | | | | | Augmentation de la réduction | |
| CANADA | **61·9** | **47·4** | **23·4** | **55·6** | **41·9** | **24·6** | **680·1** | **579·1** | **14·9** | .. |
| Île du Prince-Édouard | 65·6 | 58·5 | 10·8 | 64·7 | 57·6 | 11·0 | 421·9 | 367·6 | 12·9 | — |
| Nouvelle-Écosse | 89·3 | 62·4 | 30·1 | 88·4 | 61·4 | 30·5 | 326·2 | 327·1 | — | 0·3 |
| Nouveau-Brunswick | 82·4 | 57·7 | 30·0 | 80·7 | 55·7 | 31·0 | 503·9 | 520·6 | — | 3·3 |
| Québec | 93·3 | 72·4 | 22·4 | 92·3 | 71·1 | 23·0 | 319·3 | 372·9 | — | 16·8 |
| Ontario | 36·8 | 25·7 | 30·2 | 34·0 | 23·2 | 31·8 | 352·8 | 338·2 | 4·1 | — |
| Manitoba | 59·1 | 44·6 | 24·5 | 37·1 | 25·8 | 30·5 | 1,205·6 | 848·1 | 29·7 | — |
| Saskatchewan | 30·0 | 26·8 | 10·7 | 22·3 | 18·6 | 16·6 | 595·4 | 471·4 | 20·8 | — |
| Alberta | 49·4 | 37·6 | 23·9 | 29·4 | 23·7 | 19·4 | 1,390·4 | 875·7 | 37·0 | — |
| Colombie-Britannique | 75·4 | 57·4 | 23·9 | 52·3 | 37·9 | 27·5 | 770·4 | 776·2 | — | 0·8 |

[1] Y compris les Indiens non en tutelle. Les décès des Métis sont compris avec ceux des blancs.

GRAPHIQUE 10




Nota: Les aborigènes sont exclus des taux de l'Australie, et les Maoris, de ceux de la Nouvelle-Zélande.

durant la période 1936-1946; ce tableau indique la mortalité du Canada et des provinces durant ces années, ainsi que les pourcentages de diminution ou d'augmentation, pour la population totale, la population sans les Indiens, et le groupe indien seulement.

La diminution de la mortalité due à la tuberculose dans toutes les provinces est particulièrement marquée parmi la population non indienne. Bien que la mortalité indienne diminue dans l'ensemble du pays, quatre provinces (celles où le problème général de la tuberculose est le plus grave) accusent une augmentation de la mortalité due à la tuberculose chez les Indiens.

Le graphique 9 indique les variations entre provinces de la mortalité due à la tuberculose parmi la population blanche, durant la période 1936-1946.

L'Ontario, le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse et le Manitoba accusent le plus d'amélioration au point de vue de la mortalité due à la tuberculose au cours de cette période, tant pour la population totale que celle d'où les Indiens sont exclus. En Saskatchewan et en Alberta, la mortalité chez les Indiens diminue fortement, mais chez la population non indienne, elle ne change pas autant.

Bien que la mortalité due à la tuberculose fléchisse beaucoup au Canada, surtout parmi la population blanche, le taux canadien reste plus élevé que ceux des États-Unis, de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande. Le graphique 10 donne une comparaison avec ces pays, et avec l'Angleterre et le Pays de Galles, où les taux restent plus élevés.

Dans l'ensemble du pays comme dans les différentes provinces, la mortalité réelle et la mesure dans laquelle elle a diminué tiennent apparemment de la

disponibilité des moyens de traitement, au double point de vue de la capacité des sanatoriums et des dispositions établies pour défrayer les soins.

TABLEAU 29—CAPACITÉ EN LITS DES HÔPITAUX POUR LA TUBERCULOSE[1,2] EN SERVICE AU CANADA 1932, 1937, 1942 ET 1947

(SOURCE: Division de la santé et du bien-être, Bureau fédéral de la statistique)

| | 1932 | 1937 | 1942 | 1947 |
|---|---|---|---|---|
| CANADA | **8,060**[3] | **8,845**[4] | **10,846** | **12,163** |
| Île du Prince-Édouard | 50 | 60 | 87 | 145 |
| Nouvelle-Écosse | 450 | 489 | 681 | 891 |
| Nouveau-Brunswick | 406 | 410 | 556 | 847 |
| Québec | 1,882 | 2,150 | 3,276 | 3,642 |
| Ontario | 3,071[3] | 3,226[4] | 3,614 | 3,739 |
| Manitoba | 680 | 771 | 795 | 778 |
| Saskatchewan | 715[3] | 730 | 762 | 803 |
| Alberta | 296 | 350 | 411 | 467 |
| Colombie-Britannique | 510[3] | 659 | 664 | 851 |

[1] Ne comprend pas les hôpitaux privés ni les hôpitaux dirigés par le gouvernement fédéral, mais comprend les hôpitaux qui soignent exclusivement ou presque exclusivement les cas du gouvernement fédéral et les hôpitaux qui restreignent l'admission mais reçoivent de l'aide à même les taxes. La capacité en lits n'est pas définie de façon uniforme pour tous les hôpitaux durant la période observée dans le tableau; il peut en résulter une certaine incomparabilité.

[2] Comprend les sanatoriums et les unités spéciales pour tuberculeux dans les hôpitaux généraux, mais ne comprend pas les lits d'hôpitaux généraux employés au soin des cas de tuberculose durant des périodes relativement courtes. Voir aussi renvois 3 et 4.

[3] Ne comprend pas 340 lits d'hôpitaux généraux, affectés au traitement de la tuberculose et répartis ainsi: Ontario, 139; Saskatchewan, 144; et Colombie-Britannique, 57. Voir renvoi 3 au tableau sur la Capacité en lits d'hôpitaux généraux (tableau 45).

[4] Ne comprend pas 35 lits pour le traitement de la tuberculose dans les hôpitaux généraux d'Ontario.

## BESOINS DES SANATORIUMS

Durant les 15 ans de 1932 à 1947, le nombre de lits pour le traitement de la tuberculose chez la population générale augmente de plus de 50 p. 100, soit de 8,060 en 1932 à 12,163 en 1947. Le tableau 29 donne la répartition provinciale des aménagements, autres que ceux de l'administration fédérale.

Durant la période de 1932 à 1937, les aménagements ne varient pas beaucoup, mais durant les 10 années suivantes, ils augmentent sensiblement.

Le changement est le plus prononcé aux endroits où le problème de la tuberculose est le plus grave; ce sont dans les provinces Maritimes, le Québec et la Colombie-Britannique que les dispositions pour le traitement s'améliorent le plus. Plus des deux tiers de l'augmentation totale de la capacité en lits se produit dans ces provinces durant la période de 1937-1947.

Le plus grand changement relatif se manifeste dans les provinces Maritimes, où la capacité en lits pour tuberculeux a presque doublé durant les 10 ans.

Sauf le Québec et la Nouvelle-Écosse, où les unités pour tuberculeux dans les hôpitaux généraux demeurent une partie importante des aménagements pour le traitement, les hôpitaux pour tuberculeux au Canada sont surtout organisés en tant qu'institutions indépendantes. Dans presque toutes les provinces, les grands centres médicaux possèdent des dispositions pour le traitement de la tuberculose aux stades aigus, cependant qu'il existe une tendance à placer dans des régions éloignées des grandes villes les sanatoriums pour le traitement continu.

Le tableau 30 fait voir que la population moyenne par jour de toutes les institutions canadiennes pour tuberculeux passe de 9,808 en 1940 à 12,206 en 1947.

TABLEAU 30—HÔPITAUX POUR TUBERCULEUX[1] ET JOURS DE SOINS DONNÉS, 1940 ET 1947

(SOURCE: Division de la santé et du bien-être, Bureau fédéral de la statistique)

| | 1940 | | | | 1947 | | | | Pourcentage d'augmentation | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Nombre d'hôpitaux | Capacité en lits | Jours-patients | Population moyenne par jour | Nombre d'hôpitaux | Capacité en lits | Jours-patients | Population moyenne par jour | Capacité en lits | Jours-patients | Population moyenne par jour |
| CANADA | **78** | **10,459** | **3,589,691** | **9,808** | **89** | **14,389** | **4,455,288** | **12,206** | **37·58** | **24·11** | **24·45** |
| Île du Prince-Édouard | 1 | 82 | 27,641 | 76 | 1 | 145 | 46,183 | 127 | 76·83 | 67·08 | 67·11 |
| Nouvelle-Écosse | 10 | 597 | 199,150 | 544 | 12 | 1,091 | 312,942 | 857 | 82·75 | 57·14 | 57·54 |
| Nouveau-Brunswick | 3 | 540 | 191,644 | 524 | 6 | 958 | 282,171 | 773 | 77·40 | 47·24 | 47·52 |
| Québec | 24 | 2,903 | 985,364 | 2,692 | 29 | 4,068 | 1,265,481 | 3,467 | 40·13 | 28·43 | 28·79 |
| Ontario | 14 | 3,638 | 1,238,957 | 3,385 | 16 | 4,121 | 1,337,345 | 3,664 | 13·27 | 7·94 | 8·24 |
| Manitoba | 8 | 848 | 274,226 | 749 | 9 | 1,151 | 355,969 | 975 | 35·73 | 29·81 | 30·17 |
| Saskatchewan | 4 | 762 | 287,800 | 786 | 3 | 803 | 292,848 | 802 | 5·38 | 1·75 | 2·03 |
| Alberta | 8 | 409 | 143,407 | 392 | 5 | 761 | 220,017 | 603 | 86·06 | 53·42 | 53·83 |
| Colombie-Britannique | 6 | 680 | 241,502 | 660 | 8 | 1,291 | 342,332 | 938 | 89·85 | 41·75 | 42·12 |

[1] Fondé sur les rapports reçus au Bureau fédéral de la statistique des sanatoriums et des unités pour tuberculeux dans les hôpitaux généraux. Les hôpitaux fédéraux pour les anciens combattants et pour les Indiens sont inclus. Les hôpitaux pour anciens combattants, qui comptent 1,156 lits, donnent 285,032 jours de soins en 1947.

Bien qu'il soit devenu de plus en plus difficile de déterminer le nombre de lits nécessaires à un programme suffisant de traitement de la tuberculose, un quotient de 3 lits par décès est reconnu comme une norme minimum. Même d'après cette moyenne, le Canada n'a pas suffisamment de sanatoriums pour traiter tous les tuberculeux qui ont besoin de traitement, bien que par suite d'additions récentes, la norme minimum soit atteinte pour la population non indienne dans toutes les provinces sauf le Québec et la Colombie-Britannique; dans ces provinces, la mortalité due à la tuberculose est comparativement élevée. Le tableau 31 compare les lits disponibles et les normes pour les groupes blanc et indien; il donne le quotient entre le nombre de lits et le nombre de décès.

Il est connu que l'augmentation du nombre de lits peut aider à réduire la mortalité due à la tuberculose en permettant à un plus grand nombre de malades de recevoir des traitements prompts et suffisamment prolongés dans les sanatoriums. Vu que le tableau 31 donne la capacité actuelle en lits plutôt que la capacité durant toute la période pour laquelle la mortalité est donnée (tableaux 26 et 27), il est impossible de démontrer l'effet d'aménagements suffisants sur la mortalité. Cependant, il est significatif que la Saskatchewan, qui a la plus basse mortalité durant les 11 années observées au tableau 27, a de beaucoup le plus fort quotient de lits par rapport aux décès, par opposition à d'autres provinces où le manque antérieur de lits se reflète encore dans une mortalité élevée.

Dans les provinces où la capacité en lits dépasse le minimum pendant un certain nombre d'années, il a été virtuellement possible de faire disparaître la période d'attente entre le diagnostic et l'admission au sanatorium, ce qui a pour conséquence de réduire la diffusion de la tuberculose.

En 1946, la population moyenne des sanatoriums de l'Ontario s'établit à 3,594 par jour; il y a en moyenne 947 décès chez les blancs et 119 chez les Indiens durant la période 1942-1946. Dans le Québec, les hôpitaux

TABLEAU 31—DÉCÈS DUS À LA TUBERCULOSE, CAPACITÉ DES SANATORIUMS ET NORMES MINIMUMS, 1947

(SOURCE: Division de la santé et du bien-être, Bureau fédéral de la statistique)

| — | Population blanche | | | | | Population indienne[1] | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Décès, moyenne quinquennale 1942-1946[2] | Lits disponibles 1947[3] | Lits par décès | Minimum de lits nécessaires (3 par décès) | Nouveaux lits nécessaires | Décès, moyenne quinquennale 1942-1946[2] | Lits disponibles 1947[4] | Lits par décès | Minimum de lits nécessaires (3 par décès) | Nouveaux lits nécessaires |
| CANADA | **5,121** | **14,772** | **2·9** | **15,363** | [5] | **727** | **1,360** | **1·9** | **2,181** | **821** |
| Île du Prince-Édouard | 47 | 145 | 3·1 | 141 | — | 1 | | | | |
| Nouvelle-Écosse | 364 | 1,281[6] | 3·5 | 1,092 | — | 11 | — | — | 63 | 63 |
| Nouveau-Brunswick | 258 | 958 | 3·7 | 774 | — | 9 | | | | |
| Québec | 2,616 | 5,189[7] | 2·0 | 7,848 | 2,659 | 58 | 79[4] | 1·4 | 174 | 95 |
| Ontario | 947 | 4,230[8] | 4·5 | 2,841 | [9] | 119 | 107[1] | 0·9 | 357 | 250 |
| Manitoba | 191 | 778 | 4·1 | 573 | — | 150 | 443[4] | 2·9 | 450 | 7 |
| Saskatchewan | 154 | 803 | 5·2 | 462 | — | 81 | 55 | 0·7 | 243 | 188 |
| Alberta | 170 | 537[10] | 3·2 | 510 | — | 114 | 236 | 2·1 | 342 | 106 |
| Colombie-Britannique | 374 | 851[11] | 2·3 | 1,122 | 271 | 184 | 440 | 2·4 | 552 | 112 |

[1] Comprend les Indiens en tutelle et non en tutelle mais ne comprend pas les Métis, qui sont comptés avec la population blanche.

[2] 1944-1946 selon le domicile, les années précédentes selon le lieu de survenance.

[3] La capacité en lits donnée dans ce tableau comprend les lits en usage à la fin de 1947 et ceux qui sont devenus disponibles immédiatement après. Comprend la capacité en lits des hôpitaux du ministère des Affaires des anciens combattants, répartie ainsi: N.-É. 200; N.-B. 111; Qué. 425; Ont. 350; Alb. 70.

[4] Comprend 79 lits dans Québec et 75 en Ontario, dans des hôpitaux non administrés par la Direction des services de santé des Indiens, mais réservés au traitement des Indiens en vertu d'accords spéciaux. Comprend 100 nouveaux lits à l'hôpital pour Indiens de Clearwater-Lake (Manitoba), qui ne donnait pas de traitement en 1947 mais qui est en service au 31 mars 1949; mais ne comprend pas 50 lits dans les hôpiatux pour Indiens de Fisher-River et de Fort-Alexander, où les Indiens tuberculeux étaient soignés durant une partie de 1947. Cette colonne est fondée sur des renseignements obtenus du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.

[5] Vu que le traitement de la tuberculose parmi la population blanche relève des gouvernements provinciaux, la moyenne nationale de lits nécessaires par rapport au nombre de décès dans tout le pays ne représente pas les besoins réels. Le total de nouveaux lits pour les provinces qui en ont besoin, tel qu'il est indiqué dans la colonne, s'élève à 2,930.

[6] Comprend 190 lits qui deviendront disponibles en 1949.

[7] Comprend 1,200 lits qui deviendront disponibles en 1949, mais ne comprend pas 350 autres lits dans des institutions en voie de construction en 1948, mais dont la date d'ouverture n'est pas connue.

[8] Comprend 216 lits qui deviendront disponibles en 1949.

[9] Il est estimé que 140 nouveaux lits sont nécessaires pour répondre aux besoins dans le nord de la province.

[10] Ne comprend pas 300 lits en voie d'installation en 1948, qui deviendront disponibles en 1950. Ils remplaceront la plupart des lits dans les unités des hôpitaux généraux.

[11] Comprend 779 lits dans des institutions administrées pour la Division provinciale de la lutte contre la tuberculose. Les autres sont dans d'autres institutions qui donnent des soins essentiellement préventifs. Non compris 250 lits devant être aménagés à Vancouver en 1949.

pour tuberculeux ont une population moyenne de 3,470 mais les décès atteignent une moyenne de 2,616 chez les blancs et 58 chez les Indiens.

La nécessité d'augmenter la capacité des sanatoriums se fait sentir plus particulièrement dans le Québec. Cette province a une mortalité moyenne de 77·9 de 1941 à 1945; les décès parmi sa population non indienne ne baissent que de 22 p. 100 de 1936 à 1946, et elle a besoin de 2,659 lits de sanatorium. Elle fait contraste avec l'Ontario, où le quotient minimum de 3 lits par décès est atteint et où la mortalité due à la tuberculose, à l'exception des Indiens, baisse de 30 p. 100 de 1936 à 1946. La mortalité moyenne, fondée sur tous les décès dus à la tuberculose en Ontario de 1941 à 1945, n'est que de 27·5. Les grands progrès réalisés depuis quelques années dans les moyens de traitement de la tuberculose dans le Québec devraient se traduire par une diminution de la mortalité d'ici quelques années.

## POUR DÉFRAYER LES TRAITEMENTS

La facilité avec laquelle on peut profiter de traitements de sanatorium peut être limitée par les moyens de les défrayer. S'il n'y a pas d'obstacle financier pour entraver son admission au sanatorium, le malade recevra vraisemblablement un traitement prompt et suffisant et ses chances de rétablissement seront accrues parce que sa famille n'aura pas été appauvrie en défrayant une maladie prolongée.

Le traitement gratuit de la tuberculose tend à se généraliser au Canada et cette tendance s'accentue à la lumière de l'expérience qui démontre qu'elle constitue un facteur décisif dans une lutte efficace contre cette maladie. Le traitement gratuit est en vigueur en Saskatchewan depuis 1929 et en Alberta depuis 1935. Ces provinces, ainsi que l'Ontario, ont les taux de décès dus à la tuberculose les plus faibles au Canada. Plus récemment, le traitement gratuit des tuberculeux a été introduit au Nouveau-Brunswick (1945), au Manitoba (1946) et en Nouvelle-Écosse (1946). La subvention fédérale à la lutte contre la tuberculose est mise à la disposition des provinces, à condition que le traitement gratuit se généralise progressivement.

## COÛT DE LA LUTTE ANTITUBERCULEUSE

Les frais inhérents à la lutte antituberculeuse comprennent ceux qui découlent des initiatives de prévention et ceux du soin et du traitement effectif des malades dans les sanatoriums.

Il est impossible d'isoler les dépenses provinciales pour l'enseignement, les moyens de diagnostic, les cliniques d'observation, la réadaptation et la surveillance. Ces services coûtent relativement peu et prennent une expansion rapide.

Les organismes non gouvernementaux, entre autres la Caisse du timbre de Noël, ont sensiblement contribué aux progrès des examens radiographiques collectifs. Durant la campagne de 1947, les dons à la Caisse du timbre de Noël pour combattre la tuberculose atteignent $1,397,396*.

En 1947, 1,801,956 personnes sont radiographiées dans les dispensaires et dans des examens collectifs†. La découverte de nouveaux cas de tuberculose en activité révèle le besoin d'augmenter les dispositions pour le traitement.

Le soin des malades dans les hôpitaux pour tuberculeux s'élève en 1947 à plus de 13 millions de dollars. Ces dépenses sont données par province au tableau 32, ainsi qu'une analyse de la provenance des fonds.

## INITIATIVES FÉDÉRALES

Les initiatives fédérales en ce qui concerne la tuberculose consistent à assurer des aménagements hospitaliers pour les anciens combattants tuberculeux; diriger un programme étendu de prophylaxie et de traitement de la tuberculose chez les Indiens; et, à partir de 1948, administrer les subventions accordées aux gouvernements provinciaux afin de développer et d'améliorer les programmes de lutte antituberculeuse.

Les anciens combattants tuberculeux sont soignés aux frais du gouvernement fédéral dans des sanatoriums ouverts au public en général ou dans des centres spéciaux ou des hôpitaux de traitements généraux dirigés par le ministère des Affaires des anciens combattants.

Au 31 mars 1948, les centres spéciaux du ministère comptent 900 lits pour tuberculeux. Il y a en plus 150 lits dans un hôpital spécial de convalescence pour le rétablissement des tuberculeux.

Les hôpitaux du ministère des Affaires des anciens combattants ont 995 tuberculeux en traitement au 31 mars 1948.

La capacité en lits des hôpitaux diminue en 1947; les institutions pour anciens combattants qui font rapport au Bureau fédéral de la statistique déclarent pour l'année civile 1,156 lits et 285,032 jours de soins.

Les dispositions relatives au soin des anciens combattants tuberculeux sont administrées en tant que partie du programme général de services de santé pour les anciens combattants; ce programme est décrit dans les chapitres sur l'*Hospitalisation en général* et les *Soins médicaux par les pouvoirs publics*.

La Direction des services de santé des Indiens du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social dirige un programme de prophylaxie en même temps que son programme général de santé, procure les traitements aux Indiens tuberculeux dans les hôpitaux

---

*Les dons à la Caisse dans les différentes provinces sont de: $9,410 dans l'Île du Prince-Édouard; $42,760 en Nouvelle-Écosse; $51,860 au Nouveau-Brunswick; $239,468 dans Québec; $608,517 en Ontario; $72,336 au Manitoba; $134,630 en Saskatchewan; $116,034 en Alberta; et $122,381 en Colombie-Britannique.

†Examens collectifs, 1,292,306.

TABLEAU 32—DÉPENSES ET SOURCE DES FONDS DES HÔPITAUX POUR TUBERCULEUX[1], 1947

(SOURCE: Division de la santé et du bien-être, Bureau fédéral de la statistique, sauf indication contraire)

(en milliers de dollars)

| | Dépenses totales[1] | Source des fonds | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Total | Subventions | | Versements fédéraux pour les malades | Revenu des malades payants | | Dons et divers |
| | | | Provinciales[2] | Municipales | | internes | externes | |
| CANADA | **13,628** | **13,697** | **8,664** | **2,141** | **1,584** | **477** | **88** | **743** |
| Île-du-Prince-Édouard | 177 | 200 | 169 | 1 | — | 26 | 4 | —[3] |
| Nouvelle-Écosse | 979[4] | 979[4] | 844[4] | 107 | 23 | 1 | — | 4 |
| Nouveau-Brunswick | 978 | 972[4] | 898[4] | —[5] | 53 | 1[6] | 4[6] | 16 |
| Québec | 2,570 | 2,548 | 899[7] | 899[7] | 79 | 172 | 36 | 463 |
| Ontario | 4,470[8] | 4,598[8] | 3,365[8] | 10 | 752 | 197 | 43 | 231 |
| Manitoba | 674 | 594 | 207[10] | 263[9,10] | 98 | 5 | 1 | 20 |
| Saskatchewan | 1,377 | 1,403 | 293 | 751 | 345 | 5 | — | 9 |
| Alberta | 658[4,11] | 658[4,11] | 613 | — | 42 | 3 | — | — |
| Colombie-Britannique | 1,745[12] | 1,745[12] | 1,376[12] | 110 | 192 | 67 | — | — |

[1] Revenus et dépenses d'administration tels qu'ils sont déclarés à la Section de la statistique des institutions, sauf indication contraire. Faute d'uniformité dans la manière de déclarer la dépréciation, l'intérêt et les versements au fonds d'amortissement, ces dépenses ne sont pas comprises, autant que possible. Des dépenses de ce genre sont déclarées, au total de 630. Les unités pour tuberculeux dans les hôpitaux généraux sont incluses pour la Nouvelle-Écosse mais exclues pour le Québec et le Manitoba. Si, dans ces deux derniers cas, elles étaient incluses les totaux augmenteraient environ des montants suivants: Québec, 1,223; Manitoba, 230. L'estimation du Manitoba représente la dépense de la cité de Winnipeg pour le soutien de l'hôpital King-Edward et comprend des subventions provinciales d'environ 18.

[2] Comprend des subventions au service des malades externes.

[3] Moins de 1.

[4] Revisé d'après les renseignements tirés des comptes publics des provinces.

[5] Moins de 1. Ne comprend pas 11 en paiement d'arrérages.

[6] Revisé.

[7] Les paiements municipaux faits par l'entremise de la province sont imputés arbitrairement aux municipalités. La loi de l'assistance publique en vertu de laquelle ces paiements sont faits prévoit des versements égaux de la province et de la municipalité. Les contributions municipales aux unités de tuberculose des hôpitaux généraux sont incluses dans le total estimatif de la province, ainsi qu'il est dit au renvoi 1.

[8] Comprend 111 pour services spéciaux.

[9] Comprend les versements faits à même l'impôt du Commissaire municipal. Voir aussi le renvoi 1.

[10] Après avoir transféré de la colonne "Municipales" une somme de 65, versée par la province pour les habitants du territoire non organisé.

[11] Comprend: paiements aux hôpitaux à forfait, 5; et services spéciaux, 32.

[12] Comprend: paiements aux hôpitaux à forfait, 74; et services spéciaux, 260.

du ministère et défraie le traitement de ceux qui sont soignés dans des hôpitaux généraux ou des sanatoriums privés ou provinciaux. En 1947, les hôpitaux pour Indiens, qui comptent 1,061 lits, donnent 284,812 jours de soins.

En raison de la fréquence de la tuberculose chez les Indiens, sa répression constitue une partie importante de tout le programme entrepris par la Direction et son personnel sur place. Comme résultat d'expériences entreprises durant plusieurs années en Saskatchewan et dans Québec, il a été possible d'étendre l'emploi du vaccin au B.C.G. pour l'immunisation des enfants indiens, et là où il est indiqué, des adultes. On s'efforce actuellement de trouver de nouvelles méthodes de vaccination qui puissent s'adapter aux Indiens nomades du Nord.

### SUBVENTIONS FÉDÉRALES À LA LUTTE ANTITUBERCULEUSE

Les subventions à l'hygiène introduites par le gouvernement fédéral en 1948 comprennent une subvention pour aider les provinces à accélérer et intensifier leurs efforts en vue de supprimer la tuberculose et à fournir de plus en plus des traitements gratuits.

SUBVENTION À LA LUTTE ANTITUBERCULEUSE

(en milliers de dollars)

| Province | Lors de l'introduction[1] |
|---|---|
| Île-du-Prince-Édouard | 46·8 |
| Nouvelle-Écosse | 182·6 |
| Nouveau-Brunswick | 142·6 |
| Québec | 1,069·6 |
| Ontario | 740·7 |
| Manitoba | 188·0 |
| Saskatchewan | 173·8 |
| Alberta | 183·2 |
| Colombie-Britannique | 272·7 |
| Coût total au gouvernement fédéral | **3,000·0**[1] |

[1] La répartition de la subvention maximum dépendra de la répartition de la population et de la fréquence de la tuberculose au moment où la subvention prendra effet. Si elle est calculée sur la même base qu'en 1948–1949, elle sera répartie de la manière suivante: I.P.-É. 54·6; N.-É. 239·3; N.-B. 185·0; Qué. 1,446·0; Ont. 998·7; Man. 246·7; Sask. 227·4; Alb 240·3; C.-B. 362·0; total 4,000·0.

Une subvention de trois millions de dollars doit être mise chaque année à la disposition des provinces. Le montant que chaque province peut obtenir est déterminé de la manière suivante: un montant uniforme de $25,000 puis une moitié du reste est réparti d'après les dernières estimations de la population entre les recensements et l'autre moitié d'après le nombre moyen de décès dus à la tuberculose durant la plus récente période quinquennale sur laquelle les renseignements sont connus.

Après deux ans, une subvention supplémentaire d'un million de dollars par an doit être mise pendant dix ans à la disposition des provinces qui peuvent l'employer utilement. Le tableau suivant donne les subventions que les provinces peuvent obtenir en 1948-1949.

Les gouvernements provinciaux peuvent obtenir l'aide fédérale, jusqu'à concurrence de leur part de la subvention, pour les nouveaux projets approuvés. La subvention a pour but d'aider à l'établissement de nouveaux services de prophylaxie et de traitement de la tuberculose et le développement graduel des traitements et des mesures de réadaptation gratuits, mais elle ne doit pas remplacer les dépenses faites à même les fonds provinciaux.

Les autorités provinciales de santé ont fait approuver une grande variété de nouveaux projets qui seront mis en œuvre avec l'aide de la subvention à la lutte antituberculeuse.

Des mesures sont prises en vue d'augmenter le nombre d'auxiliaires qualifiés de dispensaire et d'hôpital; d'améliorer les aménagements de diagnostic et de traitement; de donner plus de traitements gratuits dans les sanatoriums; et de développer les programmes de thérapeutique professionnelle et de réadaptation.

### Initiatives provinciales

Les provinces ont pris différentes dispositions pour la mise en œuvre de leurs programmes de lutte antituberculeuse. Les dispositions relatives au coût des soins varient aussi. L'organisation et les dispositions de chaque province relativement aux traitements se résument brièvement ainsi:

*Île du Prince-Édouard.*—Le traitement des tuberculeux dans l'Île du Prince-Édouard est centralisé au sanatorium provincial de Charlottetown, dirigé par la Commission provinciale du sanatorium, mais défrayé presque entièrement par le gouvernement provincial. Les malades qui en ont les moyens doivent payer.

Les municipalités ne sont pas responsables du coût du traitement de leurs citoyens indigents; c'est la province même qui en est financièrement responsable.

La province fournit le traitement aux tuberculeux indigents externes et accorde une subvention annuelle aux anciens malades dans le besoin, qu'ils soient malades ou non.

La Ligue contre la tuberculose a fait deux examens radiologiques complets dans la province avec la collaboration du ministère de la Santé et du Bien-être et de la Commission du sanatorium.

Les montants donnés durant la campagne du timbre de Noël servent à défrayer ces radiographies collectives ainsi que le développement des services infirmiers.

*Nouvelle-Écosse.*—La province de Nouvelle-Écosse possède et dirige le sanatorium de la Nouvelle-Écosse à Kentville et l'hôpital Roseway à Shelburne, et ouvrira bientôt une nouvelle unité de 190 lits dans l'ancien hôpital naval de Point-Edward, comté de Cap-Breton.

Sept des hôpitaux publics provinciaux ont des unités pour le traitement des tuberculeux; la ville d'Halifax dirige un hôpital pour tuberculeux.

Le traitement gratuit de la tuberculose dans des institutions est donné depuis le 1er juillet 1946. La province paie pour tous les cas admis et rien n'est exigé du malade ou de la municipalité. Certains taux établis sont payés par jour aux hôpitaux non dirigés par la province, pour le traitement des malades.

Les contributions à la Caisse du timbre de Noël aident à l'organisation de services locaux ainsi que d'examens radiographiques collectifs.

*Nouveau-Brunswick.*—Le gouvernement provincial assume le coût entier des soins et des traitements aux tuberculeux du Nouveau-Brunswick depuis le 1er janvier 1945, de sorte que les soins gratuits sont à la portée des habitants authentiques et les municipalités sont déchargées de responsabilité financière. La province dirige le sanatorium Jordan Memorial, l'hôpital pour tuberculeux de Moncton et il y a trois autres sanatoriums dans la province.

La Caisse du timbre de Noël est employée surtout pour les services infirmiers et l'expansion du diagnostic radiographique.

Huit cliniques stationnaires de la poitrine sont à l'œuvre dans la province ainsi que des cliniques d'examens collectifs.

*Québec.*—Le ministère de la Santé est chargé du programme de prophylaxie antituberculeuse de Québec ainsi que de l'administration des subventions aux sanatoriums.

Le programme prophylactique est appliqué par les organismes de santé provinciaux et locaux; la province subventionne l'enseignement, le diagnostic et les mesures spéciales pour la protection des enfants dans les grandes villes. Les tuberculeux sont soignés dans des hôpitaux à direction particulière.

Tous les tuberculeux dans les sanatoriums sont hospitalisés gratuitement.

Les versements faits à même le Fonds de l'assistance publique pour les soins hospitaliers varient selon l'institution et le genre de soins donnés. Les grands

hôpitaux reçoivent un montant quotidien de $4 par malade (durant un maximum de 50 jours) pour les cas qui exigent la chirurgie thoracique. Les hôpitaux moins considérables reçoivent des subventions de $2.50 à $3 par jour pour chaque malade d'assistance publique.

En 1946, un vaste programme de construction est annoncé; 10 millions de dollars seront dépensés en aménagements pour le traitement des tuberculeux au cours des quatre années suivantes.

Quatre nouveaux hôpitaux, d'une capacité totale de 1,200 lits seront ouverts en 1949; 350 lits supplémentaires sont en voie d'installation dans deux autres institutions.

L'avancement des mesures antituberculeuses et la mise en œuvre du programme de construction relèvent d'une Commission consultative spéciale, nommée en 1946.

Des fonds non gouvernementaux défraient les examens collectifs à Montréal et ailleurs et viennent compléter les fonds provinciaux utilisés à cette fin dans d'autres parties de la province; ils soutiennent aussi diverses initiatives variées dans la lutte contre la tuberculose.

*Ontario.*— L'activité antituberculeuse en Ontario s'exerce au moyen de programmes de prophylaxie provinciaux et locaux ainsi que par l'hospitalisation dans des sanatoriums sous administration particulière ou municipale, sous la surveillance de la Division de la prophylaxie de la tuberculose du ministère provincial de Santé.

Les personnes qui ont les moyens de payer pour le sanatorium doivent le faire mais les municipalités ne sont plus responsables des cas d'indigence.

La province paie l'entretien de tous les tuberculeux dans les sanatoriums selon un taux quotidien qui varie d'après la nature et la qualité des services fournis par le sanatorium.

La province détermine le "coût uniforme" des différents services ou la dépense moyenne de tous les sanatoriums pour fournir une unité de chaque service. Les unités de service comprennent: les frais généraux par malade-lit (y compris la dépréciation de l'outillage mais sans compter la dépréciation des édifices ni l'intérêt); le coût journalier des soins ordinaires; le coût des opérations; le coût des examens de laboratoire et le coût des traitements dentaires.

Le coût uniforme total est déterminé d'après le coût uniforme des divers services et un coût par jour est calculé pour chaque sanatorium.

L'aide provinciale est accordée à raison d'une subvention par jour qui représente le coût uniforme par jour du sanatorium, moins 50 p. 100 des recettes que le sanatorium perçoit des malades payants qui demeurent dans la province.

Aucune aide n'est accordée relativement aux autres malades ou à ceux dont l'entretien incombe au gouvernement fédéral ou à la Commission provinciale des accidents du travail.

La province exige le traitement obligatoire de la tuberculose et organise pour les tuberculeux sortis des sanatoriums un programme qui relève des municipalités.

La Division provinciale de la prophylaxie de la tuberculose, les unités sanitaires de comté et les bureaux locaux de santé se chargent de l'expansion des aménagements pour le diagnostic. La Division provinciale s'occupe aussi de l'enseignement, de la réadaptation et d'un nouveau programme de soins dans des familles d'adoption.

Les fonds du timbre de Noël sont consacrés aux services de dispensaire et aux radiographies collectives, qui sont faites en collaboration avec le ministère provincial de Santé.

*Manitoba.*—La Commission des sanatoriums du Manitoba dirige et coordonne la lutte antituberculeuse dans la province. Elle est chargée de recevoir et de débourser les fonds que fournissent les autorités provinciales et municipales pour le soin des tuberculeux.

La Commission dirige aussi le sanatorium Ninette et le dispensaire central pour tuberculeux, de même que les hôpitaux pour Indiens, possédés par le gouvernement fédéral.

Les tuberculeux au Manitoba sont traités gratuitement.

Les villes paient à raison d'un taux quotidien de $2.60 par malade cependant que les autres municipalités paient, non pas selon les soins donnés à leurs habitants, mais en groupe, d'après l'impôt égalisé du Commissaire municipal. Cette partie de l'impôt ne s'élève pas à plus de $235,000 par an. La province paie pour les tuberculeux des municipalités non organisées; elle a accordé aussi une subvention statutaire de 50 cents par jour pour tous les malades dans les sanatoriums jusqu'en 1948-1949, alors qu'elle a donné une somme globale de $200,000 à la Commission des sanatoriums pour être distribuée entre les divers sanatoriums de la province.

Le produit de la vente du timbre de Noël soutient des dispensaires ambulants ainsi que des examens radiographiques collectifs.

*Saskatchewan.*—La Ligue antituberculeuse dirige le traitement de tous les tuberculeux qui habitent la Saskatchewan. Cet organisme, avec l'aide des gouvernements provincial et municipaux, dirige des sanatoriums et des dispensaires et exécute un programme de prophylaxie.

La province accorde $1 par jour par malade aux sanatoriums dirigés par la Ligue et aux hôpitaux approuvés. Le coût de l'entretien, outre la contribution provinciale, est divisé entre les municipalités urbaines et rurales sur une base de cotisation égalisée. La répartition se fait actuellement dans la proportion de 40 p. 100 pour les municipalités urbaines et 60 p. 100 pour les municipalités rurales.

De vastes expériences ont été faites en Saskatchewan avec le vaccin au B.C.G. L'efficacité de cette méthode a amené l'organisation d'un programme d'immunisation pour les Indiens, programme mis en œuvre conjointement par les autorités fédérales et provinciales.

Le gouvernement provincial et la Ligue antituberculeuse de la Saskatchewan élaborent conjointement un système obligatoire de radiographie de la poitrine à l'admission de tous les malades dans les hôpitaux généraux.

Durant la période quinquennale 1942-1947, un examen radiographique collectif a été fait dans toute la province. L'examen de 604,297 personnes a fait découvrir 440 nouveaux cas de tuberculose en activité.

Durant l'année 1947, 480 nouveaux cas de tuberculose en activité ont été découverts dans la province, par tous les moyens de dépistage.

Les fonds non gouvernementaux, dépensés par l'intermédiaire de la Ligue antituberculeuse, soutiennent tous les dispensaires et les examens radiographiques collectifs dans la province.

*Alberta.*—La prophylaxie de la tuberculose et le traitement des malades relèvent directement du gouvernement provincial. Toutes les personnes qui se qualifient comme habitants reçoivent le diagnostic gratuit et celles qui sont atteintes de tuberculose sous une forme infectieuse reçoivent gratuitement l'hospitalisation et le traitement. Quand ces tuberculeux sont soignés dans des hôpitaux autres que ceux du gouvernement provincial, ces hôpitaux reçoivent un paiement à forfait de $4.05 par jour par malade.

La province accorde 70 cents par jour pour les autres cas de tuberculose admis dans des hôpitaux approuvés.

Les dons à la Caisse du timbre de Noël de l'Association contre la tuberculose de l'Alberta servent à l'achat d'outillage, l'organisation d'examens collectifs et à des services infirmiers supplémentaires à ceux du programme ordinaire de santé publique.

Un nouveau sanatorium de 300 lits, en voie de construction à Edmonton, sera ouvert en 1950. Cette institution viendra s'ajouter aux aménagements déjà existants et remplacera la plupart des lits des hôpitaux généraux, maintenant employés pour les cas de tuberculose.

*Colombie-Britannique.*—La Division de la lutte antituberculeuse du ministère de la Santé et du Bien-être assure la direction centralisée et l'unification de toutes les mesures en Colombie-Britannique. Cette division administre les sanatoriums provinciaux et les programmes connexes de prophylaxie et de réadaptation.

Les projets d'assistance publique de la province ont été modifiés et pourvoient maintenant à des allocations spéciales pour les personnes à la charge des tuberculeux qui reçoivent des traitements.

Le recours au Service sur place général de bien-être provincial facilite les programmes de familles d'adoption et de traitements de convalescence.

Les municipalités paient 20 p. 100 du coût réel par jour des cas de sanatorium qui relèvent des municipalités respectives.

La grande majorité des tuberculeux des institutions sont soignés gratuitement. Cependant, la responsabilité financière est déterminée par une Commission d'évaluation impartiale, qui prend plusieurs éléments en considération avant de fixer un montant. Le maximum exigible est de $4.50 par jour.

Les fonds du timbre de Noël ont été consacrés à l'achat d'outillage pour des examens collectifs ainsi qu'à l'enseignement (aussi à $400,000 de nouveaux aménagements à l'unité de Vancouver).

---

SOURCES:

Association canadienne contre la tuberculose:
Dr G. J. Wherret, secrétaire.
Ministères provinciaux de Santé
Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social:
Dr Percy Moore, directeur des Services de la santé des Indiens.
Ministère des Affaires des anciens combattants:
Dr G. A. Winfield, Section des traitements.

# 10. HYGIÈNE MENTALE

Le domaine étendu des maladies mentales constitue le plus gros problème partieulier d'ordre médical et hospitalier au Canada. La psychiatrie s'est développée énormément durant ces dernières années.

Les problèmes d'hygiène mentale et de mauvaise santé mentale surgissent dès les premières années de l'enfance et se continuent à l'école où souvent, les arriérés au point de vue mental sont d'abord reconnus et peut-être les symptômes réversibles de maladie mentale réelle sont aussi observés. Plus tard, dans l'industrie, le succès ou l'échec peut être tout autant affaire de stabilité mentale que d'aptitude physique. Une distinction malheureuse s'est établie entre ces deux aspects de la santé, avec ces suites désastreuses pour le malade qui souffre de "maladie mentale", mais il est reconnu de plus en plus que le traitement et la prophylaxie doivent s'appliquer à l'aspect mental tout autant qu'à l'aspect physique de la santé personnelle et collective.

Les programmes d'hygiène mentale comportent l'application des principes de prophylaxie aux maladies et aux difficultés des jeunes enfants et des écoliers, aux incapacités industrielles relatives à la fatigue, au désaccord et à l'incompétenee générale et aux aspects psychologiques des relations domestiques et familiales troublées.

La plupart de ces questions se rapportent à la santé et à la stabilité mentales des personnes et des collectivités. Leur traitement comporte l'application de toutes les mesures correctives possibles dans de tels cas.

Bien que les cas de cette nature exigent des traitements tout comme les autres infirmités, leur hospitalisation n'est pas toujours nécessaire. Ils constituent des problèmes du domaine de plus en plus important de la médecine préventive dans son sens le plus large.

## AMÉNAGEMENTS

Les dispositions considérées nécessaires pour le diagnostic et le traitement des maladies mentales comprennent des dispensaires d'hygiène mentale, des unités de psychiatrie dans les hôpitaux généraux, et des institutions pour les maladies mentales. Les services que donnent ces organismes, ainsi que ceux des psychiatres traitants et des départements des malades externes des hôpitaux généraux, comprennent une série de fonctions adaptées aux besoins spéciaux des malades qui souffrent de troubles mentaux.

L'ampleur des différents services nécessaires dépend de la fréquence des divers genres de maladies mentales.

*Troubles mentaux.*—Les névroses, souvent appelées états "nerveux", sont des troubles mentaux qui sont très fréquents tant chez les enfants que chez les adultes. La plupart des cas peuvent être traités à la maison ou au bureau du psychiatre. Si l'hospitalisation est nécessaire, la plupart des cas peuvent être soignés dans des hôpitaux généraux; très peu exigent le traitement dans les hôpitaux pour maladies mentales.

Les cas de psychose ou de "démence" forment le groupe le plus considérable qui exige l'hospitalisation. Au début, un traitement intensif à la maison, dans une clinique d'hygiène mentale ou dans la salle de psychiatrie d'un hôpital général peut prévenir les symptômes aigus et amener la guérison. Si ce traitement ne réussit pas, le traitement dans un hôpital pour maladies mentales est nécessaire.

Bien qu'il soit difficile d'établir le nombre de lits nécessaires pour soigner le groupe psychosé, le chiffre de 4 lits par 1,000 de population générale semble une estimation prudente des aménagements hospitaliers nécessaires.

*Les épilepsies.*—Les épileptiques sont d'environ 250 à 400 par 100,000 de population; la plupart peuvent être soignés à la maison ou au bureau du médecin. Les cas aigus exigent des aménagements spéciaux dans des hôpitaux, à raison de 25 lits par 100,000 de population générale.

*Alcoolisme et narcotisme.*—Les cas d'accoutumance, qui forment le plus petit groupe des états psychopathiques, constituent un problème de traitement distinct. L'accoutumance se rattache de près aux troubles mentaux mais elle exige de l'outillage et des aménagements spéciaux.

*Débilité mentale.*—Les débiles mentaux sont de 1,000 à 1,500 par 100,000 de population générale, mais seulement de 100 à 150 doivent recevoir une formation, le traitement et les soins dans des institutions spéciales. La grande majorité peuvent être soignés à la maison et être instruits dans des classes auxiliaires du régime scolaire.

*Cliniques d'hygiène mentale.*—Des cliniques d'hygiène mentale sont nécessaires pour fins de diagnostic, ainsi que de consultation et de traitement pour les maladies moins aiguës ou à leur début. Une telle clinique peut desservir environ 100,000 personnes.

*Salles de psychiatrie des hôpitaux généraux.*—Si l'on se rend compte que les malades mentaux sont effectivement des malades qui peuvent avoir besoin de consultations et d'examens très complets en vue du diagnostic et du traitement approprié, il faut se rendre

compte aussi de la nécessité d'établir des salles bien outillées dans tous les hôpitaux généraux de 50 lits et plus (et au moins une chambre bien outillée, ou plus, dans les hôpitaux de moindre importance). Ces unités sont pour des traitements de courte durée seulement: la maladie prolongée doit être soignée dans des institutions pour maladies mentales. Vu la rareté du personnel psychiatrique, un objectif provisoire serait l'établissement d'une salle de psychiatrie dans tous les hôpitaux généraux de 200 lits ou plus.

Les unités de ce genre sont essentielles à l'organisation coordonnée de tous les genres de soins hospitaliers: elles deviennent de plus en plus nécessaires à un traitement approprié, avec le progrès des connaissances scientifiques sur le rapport entre la maladie physique et mentale.

*Hôpitaux pour les vieillards mentalement malades.*—Il est important que les vieillards, qui constituent une proportion de la population d'importance croissante, reçoivent les soins médicaux nécessaires à leur bien-être. Les personnes de plus de 60 ans représentent maintenant plus de 20 p. 100 des admissions aux hôpitaux pour maladies mentales, ce qui augmente l'encombrement. Les hôpitaux pour vieillards devraient avoir le personnel et l'outillage appropriés pour soigner tous les genres de maladies communes à l'âge avancé, y compris les maladies mentales.

*Soin familial pour les malades mentaux.*—Sous le régime de soin familial, des malades choisis sont placés dans des familles approuvées, dans une localité d'accès facile à l'hôpital, où le malade peut être soigné avec un minimum de surveillance et mener une vie aussi active que possible.

Le régime de mise en pension est la meilleure forme de traitement pour plusieurs malades; il soulage l'encombrement des institutions et diminue le besoin de nouvelles constructions.

## PERSONNEL

De même que des dispositions suffisantes, un personnel qualifié est essentiel à la mise en œuvre d'un programme complet d'hygiène mentale, dans ses aspects prophylactique et curatif.

Hier encore, presque tout le soin des malades mentaux se rapportait au traitement, mais il est bien admis qu'à l'avenir, un personnel suffisant devra être maintenu tant pour la prophylaxie que pour la guérison des maladies mentales.

Afin de créer un personnel compétent qui s'occuperait des problèmes de l'hygiène mentale, une formation spéciale est nécessaire au personnel dans plusieurs domaines connexes. Il faudra peut-être amplifier les programmes des écoles de médecine si les étudiants doivent se qualifier en psychiatrie préventive tout comme en médecine préventive en général. Les médecins ordinaires doivent avoir l'occasion d'obtenir la formation et l'expérience dans la pratique.

La formation en hygiène mentale pour les étudiants et les diplômés des services connexes (soins infirmiers, service social, thérapeutique professionnelle et récréative, et enseignement) préparerait le personnel de ces domaines à une participation effective aux différentes phases du programme d'hygiène mentale.

## SERVICES

Les services d'hygiène mentale au Canada sont administrés par les ministères provinciaux et les services locaux de santé et de bien-être; les traitements se donnent effectivement dans 63 institutions pour maladies mentales.

Ces institutions comprennent: 32 hôpitaux pour les malades mentaux; 7 écoles provinciales pour la formation des débiles mentaux, dans la Nouvelle-Écosse, le Québec, l'Ontario, le Manitoba, la Saskatchewan, l'Alberta et la Colombie-Britannique; 4 hôpitaux de psychiatrie à Montréal, Toronto, Winnipeg et Regina; 15 institutions locales, toutes en Nouvelle-Écosse; 2 hôpitaux pour anciens combattants, dirigés par le gouvernement fédéral; et 3 sanatoriums privés.

Les services collectifs d'hygiène mentale sont établis sous les auspices provinciales, particulièrement au moyen de cliniques d'hygiène mentale.

Plusieurs villes ont organisé des services psychologiques et psychiatriques rattachés aux programmes d'enseignement. Montréal, Toronto, Hamilton, Winnipeg et Vancouver ont un ensemble complet de services, y compris un personnel de psychiatres, de psychologues et d'auxiliaires de service social qualifiés en psychiatrie. D'autres localités ont entrepris des programmes semblables par l'organisation de services psychologiques.

## MALADIES MENTALES AU CANADA

Il n'est pas possible de faire une estimation exacte du nombre total de malades mentaux au Canada, mais les renseignements sur les cas hospitalisés donnent quelque indication de la fréquence des genres les plus graves de maladie.

Aussi, l'existence de meilleurs services et aménagements dans certaines provinces signifie qu'une plus forte proportion de ceux qui ont besoin de soins les reçoivent effectivement. Cette situation se reflète dans une hausse des taux d'hospitalisation aux endroits où les services sont bien organisés.

Le tableau 33 compare les chiffres de 1932 et de 1947 quant au nombre de malades hospitalisés et de leur quotient par rapport à la population, pour le Canada et les provinces.

A la fin de 1947, les pensionnaires des hôpitaux canadiens pour maladies mentales sont de 50 p. 100 plus nombreux qu'il y a 15 ans, ce qui correspond à une augmentation de 25 p. 100 dans le nombre de malades hospitalisés par 100,000 de population. L'augmentation numérique est la plus considérable en

Alberta, en Saskatchewan, dans le Québec et en Colombie-Britannique, cependant que le taux s'élève le plus vivement en Saskatchewan, en Alberta, au Manitoba et au Nouveau-Brunswick.

La Saskatchewan a aussi relativement le plus grand nombre de personnes qui reçoivent des soins au 31 décembre 1947; viennent ensuite le Manitoba, la Colombie-Britannique et le Québec. Quinze ans plus tôt, la Colombie-Britannique avait la plus forte proportion au Canada, mais l'accroissement de la population dans cette province tend à contre-balancer l'augmentation sensible du nombre effectif de malades hospitalisés, de sorte que le quotient de malades par rapport à la population monte moins que dans toute autre province.

Dans toutes les provinces, l'augmentation numérique des malades en soins est plus rapide que l'accroissement de la population. La diminution réelle de la population en Saskatchewan a pour résultat une augmentation particulièrement vive du quotient de malades par rapport à la population.

L'augmentation effective du nombre de malades soignés peut être attribuée à plusieurs facteurs, notamment au vieillissement général de la population, de sorte que les groupes d'âge plus avancé, où les psychoses sont plus fréquentes, sont relativement plus importants; à l'expansion des facilités de diagnostic, qui permet le dépistage des cas bénins de maladie mentale; et à la tendance croissante à l'hospitalisation. Il y a peut-être aussi une augmentation réelle de la fréquence des maladies mentales par rapport à l'accroissement de la population.

Les variations de tous ces éléments peuvent expliquer les grandes différences entre les provinces; la répartition par âge revêt une importance spéciale dans les provinces des Prairies.

L'augmentation se produit surtout durant les cinq premières années de la période observée dans le tableau 33. Durant la décennie 1937-1947, le nombre de malades n'augmente que de 20 p. 100, comparativement à 50 p. 100 durant toute la période.

Il est impossible de mesurer jusqu'à quel point l'augmentation rapide du nombre de cas de maladies mentales hospitalisés durant les années 1930 peut être attribuée aux difficultés économiques de l'époque. La reprise économique vers la fin de la décennie coïncide avec la mise au point de nouvelles méthodes de traitement qui tendent à raccourcir la durée du séjour de plusieurs malades et à ralentir l'augmentation du nombre de malades traités.

Durant la décennie 1937-1947, le nombre de débiles mentaux traités augmente relativement plus que le nombre de psychosés. A la fin de 1947, les institutions comptent 5,000 malades mentaux de plus qu'en 1937, mais ce chiffre représente une augmentation de moins de 16 p. 100 cependant que le nombre de débiles mentaux sans psychose augmente de 3,000, soit plus de 37 p. 100.

Le nombre de débiles mentaux traités augmente le plus au Nouveau-Brunswick, en Colombie-Britannique et en Saskatchewan; le nombre de malades mentaux accuse la plus forte hausse au Nouveau-Brunswick, en Saskatchewan, dans l'Alberta et le Québec. Le tableau 34 indique l'augmentation du nombre de malades d'après l'état mental.

Les nouvelles admissions dans les hôpitaux canadiens pour maladies mentales, autres que les institutions privées, augmentent d'une moyenne annuelle de 7,730 en 1932-1936 à 8,644 en 1942-1946 et 9,055 en 1947. Ajoutées aux réadmissions elles donnent une moyenne de 9,591 durant la période 1932-1936, 11,027

TABLEAU 33—MALADES HOSPITALISÉS DANS DES INSTITUTIONS POUR MALADIES MENTALES[1], ET MALADES HOSPITALISÉS PAR 100,000 DE POPULATION, 1932 ET 1947

(SOURCE: Division de la santé et du bien-être, Bureau fédéral de la statistique)

| — | Nombre de malades hospitalisés | | | | Malades hospitalisés par 100,000 de population | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Au 31 décembre 1932 | Au 31 décembre 1947 | Augmentation | Pourcentage d'augmentation | Au 31 décembre 1932 | Au 31 décembre 1947 | Augmentation | Pourcentage d'augmentation |
| **CANADA** | **33,565** | **50,203** | **16,638** | **49·57** | **320** | **400** | **80** | **25·00** |
| Île du Prince-Édouard | 262 | 301 | 39 | 14·89 | 294 | 320 | 26 | 8·84 |
| Nouvelle-Écosse | 1,765 | 2,301 | 536 | 30·37 | 340 | 371 | 31 | 9·12 |
| Nouveau-Brunswick | 883 | 1,319 | 436 | 49·38 | 213 | 269 | 56 | 26·29 |
| Québec | 9,439 | 14,857 | 5,418 | 57·40 | 323 | 400 | 77 | 23·84 |
| Ontario | 11,626 | 16,502 | 4,876 | 41·94 | 335 | 394 | 59 | 17·61 |
| Manitoba | 2,364 | 3,159 | 795 | 33·63 | 335 | 425 | 90 | 26·87 |
| Saskatchewan | 2,561 | 4,335 | 1,774 | 69·27 | 277 | 515 | 238 | 85·92 |
| Alberta | 1,870 | 3,181 | 1,311 | 70·11 | 253 | 387 | 134 | 52·96 |
| Colombie-Britannique | 2,795 | 4,248 | 1,453 | 51·99 | 395 | 407 | 21 | 3·04 |

[1] Revisé pour les hôpitaux qui ne font pas rapport.

TABLEAU 34—MALADES HOSPITALISÉS DANS LES INSTITUTIONS POUR MALADIES MENTALES, SELON L'ÉTAT MENTAL, 1937 ET 1947

(SOURCE: Division de la santé et du bien-être, Bureau fédéral de la statistique)

| — | Nombre de malades au 31 décembre 1937 | | | | | Nombre de malades au 31 décembre 1947 | | | | | Pourcentage d'augmentation | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Total | Malades mentaux | Sans psychose | | | Total | Malades mentaux | Sans psychose | | | Total | Malades mentaux | Débiles mentaux |
| | | | Débiles mentaux | Epileptiques | Tous autres genres | | | Débiles mentaux | Epileptiques | Tous autres genres | | | |
| CANADA | **41,677** | **32,678** | **8,159** | **595** | **245** | **50,167** | **37,765** | **11,188** | **770** | **444** | **20·37** | **15·57** | **37·12** |
| Île du Prince-Édouard | 264 | 260 | 2 | — | 2 | 301 | 284 | 12 | 2 | 3 | 14·02 | 9·23 | 500·00 |
| Nouvelle-Écosse | 2,102 | 1,787 | 304 | 11 | — | 2,301 | 1,873 | 361 | 25 | 42 | 9·47 | 4·81 | 18·75 |
| Nouveau-Brunswick | 1,041 | 825 | 132 | 74 | 10 | 1,319 | 1,019 | 215 | 68 | 17 | 26·70 | 23·52 | 62·88 |
| Québec | 12,092 | 8,816 | 3,025 | 197 | 54 | 14,857 | 10,538 | 3,995 | 229 | 95 | 22·87 | 19·53 | 32·07 |
| Ontario | 14,090 | 11,077 | 2,577 | 297 | 139 | 16,502 | 12,369 | 3,581 | 345 | 207 | 17·12 | 11·66 | 38·96 |
| Manitoba | 2,743 | 2,238 | 484 | 5 | 16 | 3,159 | 2,497 | 615 | 11 | 36 | 15·17 | 11·57 | 27·07 |
| Saskatchewan | 3,328 | 2,631 | 689 | 5 | 3 | 4,335 | 3,240 | 1,034 | 45 | 16 | 30·26 | 23·15 | 50·07 |
| Alberta | 2,546 | 2,139 | 380 | 6 | 21 | 3,181 | 2,617 | 506 | 39 | 19 | 24·94 | 22·35 | 33·16 |
| Colombie-Britannique | 3,471 | 2,905 | 566 | — | — | 4,212 | 3,328 | 869 | 6 | 9 | 21·35 | 14·56 | 53·53 |

TABLEAU 35—MALADES ADMIS POUR LA PREMIÈRE FOIS ET ADMISSIONS TOTALES DANS LES HÔPITAUX POUR MALADIES MENTALES[1] ET TAUX PAR 100,000 DE POPULATION, 1932-1947

(SOURCE: Division de la santé et du bien-être, Bureau fédéral de la statistique)

| — | 1932-1936 | | 1937-1941 | | 1942-1946 | | 1947 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Moyenne annuelle des admissions | Taux par 100,000 de population | Moyenne annuelle des admissions | Taux par 100,000 de population | Moyenne annuelle des admissions | Taux par 100,000 de population | Admissions | Taux par 100,000 de population |
| CANADA— | | | | | | | | |
| Admissions totales..... | **9,591** | **89** | **10,004** | **89** | **11,027** | **92** | **11,904** | **95** |
| Nouvelles admissions... | **7,730** | **72** | **7,895** | **70** | **8,644** | **72** | **9,055** | **72** |
| *Île du Prince-Édouard*— | | | | | | | | |
| Admissions totales..... | 94 | 103 | 93 | 99 | 114 | 124 | 117 | 124 |
| Nouvelles admissions... | 53 | 58 | 58 | 62 | 66 | 72 | 52 | 55 |
| *Nouvelle-Écosse*— | | | | | | | | |
| Admissions ..... | 484 | 91 | 503 | 90 | 595 | 93 | 695 | 112 |
| Nouvelles admissions... | 351 | 66 | 397 | 71 | 483 | 79 | 550 | 89 |
| *Nouveau-Brunswick*— | | | | | | | | |
| Admissions totales..... | 216 | 51 | 362 | 81 | 359 | 77 | 375 | 76 |
| Nouvelles admissions... | 169 | 40 | 288 | 64 | 283 | 61 | 276 | 56 |
| *Québec*— | | | | | | | | |
| Admissions totales..... | 2,484 | 82 | 2,628 | 81 | 3,257 | 98 | 3,044 | 82 |
| Nouvelles admissions... | 2,098 | 70 | 2,179 | 67 | 2,703 | 77 | 3,353 | 90 |
| *Ontario*— | | | | | | | | |
| Admissions totales..... | 3,636 | 103 | 3,594 | 97 | 3,754 | 94 | 4,261 | 102 |
| Nouvelles admissions... | 2,945 | 83 | 2,783 | 75 | 2,872 | 72 | 3,197 | 79 |
| *Manitoba*— | | | | | | | | |
| Admissions totales..... | 706 | 100 | 580 | 80 | 692 | 95 | 760 | 102 |
| Nouvelles admissions... | 544 | 77 | 416 | 58 | 473 | 65 | 492 | 66 |
| *Saskatchewan*— | | | | | | | | |
| Admissions totales..... | 681 | 73 | 760 | 84 | 775 | 92 | 893 | 106 |
| Nouvelles admissions... | 525 | 57 | 583 | 64 | 580 | 69 | 675 | 80 |
| *Alberta*— | | | | | | | | |
| Admissions totales..... | 631 | 83 | 644 | 82 | 643 | 80 | 741 | 90 |
| Nouvelles admissions... | 497 | 66 | 491 | 62 | 497 | 62 | 515 | 63 |
| *Colombie-Britannique*— | | | | | | | | |
| Admissions totales..... | 659 | 91 | 840 | 106 | 838 | 90 | 1,018 | 98 |
| Nouvelles admissions... | 548 | 75 | 700 | 89 | 687 | 74 | 845 | 81 |

[1] Ne comprend pas les hôpitaux privés mais comprend les hôpitaux dirigés par le gouvernement fédéral pour le soin des anciens combattants. Si les admissions dans les hôpitaux pour anciens combattants (situés dans l'Ontario et le Québec) ne sont pas comptées, les taux par 100,000 de population ne changent guère pour la période 1932-1941. Pour les années 1942-1947, ils s'établissent de la manière suivante: *Premières admissions totales*—1942-1946, Canada, 86; Québec, 79; Ontario, 88; 1947, Canada, 92; Québec, 77; Ontario, 99. *Nouvelles admissions*—1942-1946, Canada, 67; Québec, 64; Ontario, 68; 1947, Canada, 70; Québec, 60; Ontario, 77.

en 1942-1946 et 11,904 en 1947. C'est ce qu'indique le tableau 35, qui donne les nouvelles admissions et les admissions totales dans les institutions pour maladies mentales, ainsi que les taux par 100,000 de population, durant la période 1932-1947.

Ce tableau indique aussi que, dans l'ensemble du pays, il y a peu de changement dans la fréquence des maladies mentales, mesurée d'après les nouveaux cas qui entrent dans les hôpitaux, par rapport à la population totale. Le nombre de premières admissions par 100,000 de population ne change presque pas dans l'ensemble du pays durant la période 1932-1947; les augmentations prononcées dans certaines provinces sont neutralisées par les diminutions dans d'autres.

TABLEAU 36 — CAPACITÉ EN LITS ET NOMBRE DE MALADES DANS LES INSTITUTIONS POUR MALADIES MENTALES[1], 1932, 1937, 1942 ET 1947

(SOURCE: Division de la santé et du bien-être, Bureau fédéral de la statistique)

| — | 1932 | | 1937 | | 1942 | | 1947 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Capacité en lits[2] | Malades hospitalisés au 31 décembre[3] | Capacité en lits[2] | Malades hospitalisés au 31 décembre[3] | Capacité en lits[2] | Malades hospitalisés au 31 décembre[3] | Capacité en lits[2] | Malades hospitalisés au 31 décembre[3] | Excédent proportionnel du nombre de malades sur la capacité en lits |
| CANADA | **33,251**[4] | **33,565** | **37,798**[4] | **41,677** | **41,762**[4] | **45,937** | **43,407**[4] | **50,253** | **15·77** |
| Île du Prince-Édouard | 300 | 262 | 275 | 264 | 275 | 271 | 250 | 301 | 20·40 |
| Nouvelle-Écosse | 2,251 | 1,765 | 2,166 | 2,102 | 2,516 | 2,237 | 2,603 | 2,301 | — |
| Nouveau-Brunswick | 900 | 883 | 1,025 | 1,041 | 1,160 | 1,243 | 900 | 1,319 | 46·56 |
| Québec | 8,875[4] | 9,439 | 11,574[4] | 12,092 | 12,887[4] | 13,550 | 13,897[4] | 14,907 | 7·27 |
| Ontario | 11,666[4] | 11,626 | 13,303[4] | 14,090 | 14,395[4] | 14,773 | 14,039[4],[5] | 16,502 | 17·54 |
| Manitoba | 2,249 | 2,364 | 2,282 | 2,743 | 2,402 | 2,934 | 2,471 | 3,159 | 27·84 |
| Saskatchewan | 2,450 | 2,561 | 2,600 | 3,328 | 2,970 | 4,042 | 3,670 | 4,335 | 18·12 |
| Alberta | 1,875 | 1,870 | 2,118 | 2,546 | 2,709 | 2,929 | 2,538 | 3,181 | 25·33 |
| Colombie-Britannique | 2,685[4] | 2,795 | 2,455[4] | 3,471 | 2,458[4] | 3,958 | 3,039[4] | 4,248 | 39·78 |

[1] Comprend les hôpitaux privés et les hôpitaux dirigés par le gouvernement fédéral (voir renvoi 4). Revisé pour les hôpitaux qui ne font pas rapport.
[2] La capacité en lits n'est pas définie d'une manière uniforme pour tous les hôpitaux durant la période observée dans le tableau; il se peut que les chiffres ne soient pas exactement comparables.
[3] Ne comprend pas les malades en congé surveillé ou en pension.
[4] Comprend les institutions privées pour maladies mentales; leur capacité en lits s'établit de la manière suivante: 1932: Canada, 328 (Québec, 115, Ontario, 178, C.-B. 35); 1937: Canada 297 (Québec 105, Ontario 162, C.-B. 30); 1942: Canada, 223 (Québec 50, Ontario 140, C.-B. 33); 1947: Canada 266 (Ontario 225, C.-B. 41). Les hôpitaux du gouvernement fédéral pour maladies mentales sont aussi incluses; leur capacité en lits s'établit de la manière suivante: 1932: Canada 950 (Québec 400, Ontario 550); 1937: Canada 847 (Québec 365, Ontario 482); 1942: Canada 968 (Québec 372, Ontario 596); 1947: Canada 1,125 (Québec 350, Ontario 775).
[5] Ce chiffre n'est pas comparable à ceux des années précédentes, mais constitue une estimation plus précise de la capacité normale en lits. D'après des rapports comparables à ceux de 1932, 1937 et 1942, ce chiffre serait approximativement de 15,800.

Les variations entre provinces sont attribuables en partie au mouvement de la population à l'intérieur du pays. Bien qu'il n'y ait que peu de changement dans le rapport entre les nouvelles admissions dans les hôpitaux pour maladies mentales et la population générale, l'époque est caractérisée par une augmentation constante du nombre de réadmissions, laquelle se reflète dans la hausse du nombre total d'admissions ainsi que dans le taux par 100,000 de population. La proportion des réadmissions par rapport aux admissions directes augmente dans la même proportion, ce qui indique l'absence de changement dans le taux des nouvelles admissions.

L'inclusion des hôpitaux pour anciens combattants n'a que peu d'effet sur les taux durant la période 1932-1941, mais après 1942, le grand nombre d'admissions dans ces institutions, situées dans l'Ontario et le Québec, fait monter les taux des deux provinces ainsi que celui de l'ensemble du pays. La différence est particulièrement importante dans Québec.

Les variations entre provinces dans le nombre d'admissions et dans le taux par 100,000 de population sont causées par de nombreux facteurs, mais une importance spéciale s'attache à la répartition par âge ainsi qu'à la mesure de disponibilité des services de traitement.

L'importance croissante des réadmissions indique le roulement rapide des cas traités dans les institutions. Le nombre de sorties des institutions par 100 nouvelles admissions et réadmissions augmente constamment et passe de 55 durant les années 1932-1936 à 65 durant 1942-1946.

Ces proportions, de même que les proportions d'admissions mentionnées plus haut ne couvrent pas les institutions privées, caractérisées par un mouvement rapide des malades, des taux élevés d'admissions et de sorties et des périodes de traitement très courtes pour les cas particuliers.

Bien que l'augmentation relative du nombre de sorties des autres institutions ne soit pas du tout uniforme, elle est caractéristique de toutes les provinces. Elle peut être attribuée en grande partie à la mise au point de nouvelles méthodes de traitement, surtout l'introduction de la thérapeutique par le choc, durant les dernières années 1930.

Ce changement, ainsi que l'augmentation dans l'importance relative du groupe des débiles mentaux, que démontre le tableau 34, et l'augmentation du nombre de vieillards malades qui exigent des soins prolongés, tout cela tend à modifier la composition de la population des hôpitaux pour maladies mentales.

Bien qu'il n'existe que peu de renseignements sur la répartition selon leurs psychoses des malades mentaux hospitalisés, quelque indication de l'importance variable des différents groupes peut être obtenue d'après la composition changeante des groupes de malades qui sont libérés des hôpitaux ou qui meurent dans ces institutions, ainsi que d'après la durée moyenne du séjour des malades souffrant des divers genres de troubles mentaux.

Les cas de schizophrénie forment le groupe le plus nombreux parmi les malades libérés et parmi ceux qui meurent à l'hôpital. Ce genre de psychose, aussi connu sous le nom de démence précoce, absorbe 40 p. 100 de tous les soins procurés aux malades qui sont libérés ou qui meurent durant la période 1935-1946. Les débiles mentaux et les autres cas sans psychose reçoivent 17 p. 100 du total des soins donnés; pour aucun autre état, les soins donnés durant la période aux malades libérés ne représentent 10 p. 100 du total.

Le nombre de libérations augmente dans les cas de schizophrénie et de manie dépressive, mais la durée moyenne de séjour diminue, de sorte qu'il se produit une diminution du total des soins administrés aux cas libérés de ces deux groupes.

Les cas de schizophrénie libérés durant les 12 ans de 1935 à 1946 ont un séjour moyen de 1·7 an, comparativement à une moyenne générale de 1·3 an; ils constituent plus de 24,307 années de soins sur un total de 77,000 années de soins donnés à tous les cas libérés durant la période.

Tandis que le nombre de cas de schizophrénie et de manie dépressive libérés augmente, l'importance relative des malades de ces groupes qui meurent à l'hôpital diminue. La durée de séjour augmente cependant, surtout chez les cas de schizophrénie, qui comptent un séjour moyen de 14·2 ans pour les malades qui meurent durant la période 1935-1946, contre une moyenne générale de 6·5 ans. Ceux qui meurent à l'hôpital durant cette période reçoivent 177,000 années de soins, dont 71,000 pour les cas de schizophrénie.

Les débiles mentaux et autres cas sans psychose subissent une augmentation numérique ainsi que de la durée moyenne de soins donnés à chaque malade libéré. Cela tend à neutraliser l'effet du séjour moindre chez les autres groupes de sorte que le séjour moyen de tous les malades libérés ne change que peu durant les années 1935-1946.

En même temps, le séjour des cas qui meurent à l'hôpital augmente en durée. Cette avance caractérise tous les principaux groupes de psychosés.

L'examen des statistiques sur la durée des soins révèle que 16 p. 100 de tous les cas libérés en 1946 ont passé à l'hôpital moins d'un mois. Les malades qui restent de 1 à 2 ans forment 8 p. 100 du total; ceux qui sont à l'hôpital depuis plus de 10 ans représentent moins de 3 p. 100 de tous les cas libérés en 1946. De tous les malades qui meurent durant l'année, 41 p. 100 étaient à l'hôpital depuis moins d'un an, mais plus de 25 p. 100 étaient hospitalisés en permanence depuis plus de 10 ans.

Bien que le rythme des libérations des hôpitaux se soit accéléré plus rapidement que celui des admissions,

le fait qu'il y ait relativement plus d'admissions produit une augmentation constante du nombre effectif de malades en soins.

Les changements dans les possibilités de soins hospitaliers ressortent du tableau 36, qui indique la capacité en lits des institutions pour maladies mentales et le nombre de malades hospitalisés à intervalles quinquennaux durant la période 1932-1947.

Dans tout le pays l'augmentation des aménagements hospitaliers n'a pas suivi celle du nombre de malades et l'encombrement est devenu plus grave.

## ENCOMBREMENT ET BESOINS DES INSTITUTIONS

La plupart des hôpitaux canadiens pour maladies mentales sont encombrés; la population moyenne hospitalisée dépasse la capacité normale en lits dans toutes les provinces excepté en Nouvelle-Écosse. Ainsi que l'indique le tableau 37, cela ne signifie pas nécessairement que la présente capacité en lits soit suffisante dans cette dernière province.

Le tablau 36 donne le degré d'encombrement indiqué par l'excédent du nombre de malades hospitalisés sur la capacité normale en lits. Faute d'uniformité dans la définition de la "capacité en lits", cette indication de l'encombrement n'est pas également exacte pour toutes les provinces. Malgré cette difficulté, il est évident que de grandes différences existent entre les provinces quant au degré d'encombrement des institutions pour maladies mentales.

Le Nouveau-Brunswick, où l'encombrement est le plus prononcé en 1947, a la même capacité normale en lits en 1947 qu'en 1932; la Colombie-Britannique prend la deuxième place quant à l'encombrement, malgré une augmentation marquée de la capacité en lits. La Saskatchewan enregistre la plus forte augmentation de capacité et cette province souffre moins d'encombrement que les autres provinces de l'Ouest.

Dans l'Ontario et le Québec, une forte augmentation de la capacité se traduit par un décongestionnement marqué.

La comparaison du nombre de lits disponibles et du nombre de malades hospitalisés n'indique que la capacité existante par rapport au nombre de malades effectivement hospitalisés; elle ne tient pas compte de ceux qui peuvent avoir besoin de soins mais n'en reçoivent pas.

La suffisance des aménagements actuels peut aussi être mesurée en fonction des normes fondées sur la population. Le tableau 37 fournit les renseignements pour comparer la capacité des institutions canadiennes avec les normes décrites à la page 71.

Dans la formation des débiles mentaux, l'insuffisance d'aménagements est plus marquée que dans le traitement des malades mentaux et il n'y a dans tout le Canada que 3 institutions pour les épileptiques: 2 dans le Québec et 1 dans l'Ontario.

L'insuffisance d'aménagements pour le groupe des malades mentaux serait peut-être plus prononcée si la distinction pouvait être faite entre les facilités de surveillance seulement et les facilités pour le traitement psychiatrique même.

Les normes minimums d'aménagement des hôpitaux pour maladies mentales comprennent non seulement un nombre déterminé de lits par rapport à la population mais aussi les facilités et l'outillage nécessaires pour le soin et le traitement des malades.

Le coût de la construction varie beaucoup selon le genre de soins qui seront donnés et les aménagements déjà en existence. Pour construire et outiller convenablement un nouvel hôpital il en coûterait de $5,000 à $8,000 par lit, cependant que les rajouts aux hôpitaux existants peuvent ordinairement se faire pour beaucoup moins.

Le soin familial des malades mentaux peut aider à réduire les fortes dépenses de capital et d'entretien qui seraient nécessaires si tous les malades mentaux étaient traités dans des institutions. Le coût effectif des malades dans des institutions varie entre provinces, mais il dépasse ordinairement le coût du soin familial.

Des programmes de soin familial pour les malades mentaux dans des maisons de pension surveillées ont été entrepris dans le Québec et l'Ontario et, à un degré moindre, au Manitoba. Le régime de congé surveillé est en vigueur dans toutes les provinces; Québec et le Nouveau-Brunswick ont les plus fortes proportions de malades en congé surveillé.

Le tableau 38 indique la proportion de malades, hospitalisés ou non, traités dans les hôpitaux canadiens pour maladies mentales.

## COÛT DU TRAITEMENT

Le tableau 39 donne les dépenses des institutions canadiennes pour maladies mentales dans les diverses provinces en 1946, ainsi qu'une analyse des sources des fonds.

Les frais de gestion des hôpitaux canadiens pour maladies mentales s'élèvent en 1946 à près de 24 millions de dollars; les gouvernements provinciaux en défraient plus des trois quarts.

Le revenu provenant des malades payants dépasse tout juste 3 millions de dollars; ce montant est obtenu surtout dans l'Ontario et le Québec.

La Saskatchewan est la seule province qui fournisse le traitement gratuit à tous les malades affligés de maladies mentales, bien que les soins soient donnés gratuitement à tous les malades dans l'hôpital provincial de la Nouvelle-Écosse. Dans cette dernière province, où le programme a été introduit au commencement de janvier 1948, les institutions municipales continuent à faire payer les soins aux malades qui en ont les moyens.

Dans toutes les autres provinces, tous les malades qui peuvent payer doivent le faire; le coût des malades indigents est réparti dans certains cas entre les autorités provinciales et municipales.

TABLEAU 37—AMÉNAGEMENTS ET CAPACITÉ NÉCESSAIRE EN LITS AU CANADA PAR RAPPORT AUX NORMES DES INSTITUTIONS POUR MALADIES MENTALES, 1947

(SOURCE: Division de la santé et du bien-être, Bureau fédéral de la statistique)

| — | Population estimative (en milliers) | Hôpitaux pour malades mentaux et épileptiques | | | Écoles pour débiles mentaux | | | Total des nouveaux lits nécessaires |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Lits nécessaires: norme, 425 par 100,000 de population | Capacité normale en lits[1] | Nouveaux lits nécessaires | Lits nécessaires: norme, 125 par 100,000 de population | Capacité normale en lits | Nouveaux lits nécessaires | |
| CANADA | **12,558** | **53,372** | **37,293** | **16,079** | **15,698** | **4,723** | **10,975** | **27,054r** |
| Île du Prince-Édouard | 94 | 400 | 250 | 150 | 118 | — | 118 | 268 |
| Nouvelle-Écosse | 621 | 2,639 | 2,453 | 186 | 776 | 150 | 626 | 812 |
| Nouveau-Brunswick | 491 | 2,087 | 900 | 1,187 | 614 | — | 614 | 1,801 |
| Québec | 3,712 | 15,776 | 13,047[1] | 2,729 | 4,640 | 500[2] | 4,140 | 6,869 |
| Ontario | 4,189 | 17,803 | 11,059[1] | 6,744 | 5,236 | 1,980[3] | 3,256 | 10,000 |
| Manitoba | 743 | 3,158 | 2,032 | 1,126 | 929 | 439 | 490 | 1,616 |
| Saskatchewan | 842 | 3,578 | 2,970 | 608 | 1,052 | 700 | 352 | 960 |
| Alberta | 822 | 3,494 | 2,209 | 1,285 | 1,028 | 329 | 699 | 1,984 |
| Colombie-Britannique | 1,044 | 4,437 | 2,373[4] | 2,064 | 1,305 | 625[5] | 680 | 2,744 |

[1] Ne comprend pas les hôpitaux privés pour maladies mentales qui ont une capacité en lits de 225 en Ontario et 41 en Colombie-Britannique, et les hôpitaux pour maladies mentales dirigés par le ministère des Affaires des anciens combattants qui comptent 350 lits dans Québec et 775 en Ontario.

[2] Comprend 500 lits à l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu à Gamelin.

[3] Comprend 180 lits pour le traitement des débiles mentaux à l'hôpital de l'Ontario, à Cobourg.

[4] Ne comprend pas 510 lits dans des nouvelles unités devant être ouvertes en 1949.

[5] Estimation fondée sur le nombre de débiles mentaux dans le réseau d'hôpitaux pour maladies mentales de la Colombie-Britannique. L'unité de New-Westminster offre des facilités pour la formation de ces malades. Il y a 866 débiles mentaux en traitement en 1947.

Dans la Colombie-Britannique, le Manitoba, l'Île du Prince-Édouard et le Québec, de même qu'en Saskatchewan, les municipalités ne participent pas au coût des hôpitaux pour maladies mentales.

## INITIATIVES FÉDÉRALES

Les entreprises du gouvernement fédéral dans le domaine de l'hygiène mentale comprennent: l'administration du programme de subventions fédérales aux gouvernements provinciaux pour les services d'hygiène mentale; le maintien de services de recherches et de consultation par l'intermédiaire de la Division de l'hygiène mentale du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social; l'administration de soins aux anciens combattants affligés de maladies mentales, par le ministère des Affaires des anciens combattants, et aux Indiens et aux Esquimaux par le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.

TABLEAU 38—MALADES, HOSPITALISÉS OU NON, EN TRAITEMENT DANS LES INSTITUTIONS CANADIENNES POUR MALADIES MENTALES, AU 31 DÉCEMBRE 1947

(SOURCE: Division de la santé et du bien-être, Bureau fédéral de la statistique)

| — | Total | A l'hôpital | | En pension à l'extérieur | | En congé surveillé | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Nombre | % | Nombre | % | Nombre | % |
| CANADA | **59,277** | **50,167** | **84·63** | **965** | **1·63** | **8,145** | **13·74** |
| Île du Prince-Édouard | 365 | 301 | 82·47 | — | — | 64 | 17·53 |
| Nouvelle-Écosse | 2,418 | 2,301 | 95·16 | — | — | 117 | 4·84 |
| Nouveau-Brunswick | 1,766 | 1,319 | 74·69 | — | — | 447 | 25·31 |
| Québec | 20,978 | 14,857 | 70·82 | 509 | 2·43 | 5,612 | 26·75 |
| Ontario | 18,298 | 16,502 | 90·18 | 450 | 2·46 | 1,346 | 7·36 |
| Manitoba | 3,304 | 3,159 | 95·61 | 6 | 0·18 | 139 | 4·21 |
| Saskatchewan | 4,484 | 4,335 | 96·68 | — | — | 149 | 3·32 |
| Alberta | 3,222 | 3,181 | 98·73 | — | — | 41 | 1·27 |
| Colombie-Britannique | 4,442 | 4,212 | 94·82 | — | — | 230 | 185· |

TABLEAU 39—DÉPENSES ET SOURCES DES FONDS DES INSTITUTIONS POUR MALADIES MENTALES, 1946

(SOURCE: Division de la santé et du bien-être, Bureau fédéral de la statistique)

(en milliers de dollars)

| — | Dépenses totales | | Sources des fonds[1] | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Entretien | Capital et autres | Total | De la province | Des Municipalités | Versements fédéraux pour les malades | Revenu provenant des malades payants | Autres |
| CANADA | **23,943** | **1,844** | **25,279** | **19,259**[1] | **916** | **284**[4,6] | **3,284** | **1,536** |
| Île du Prince-Édouard | 139[2] | — | 139[2] | 111[2] | — | — | 17[2] | 11 |
| Nouvelle-Écosse | 938[3] | 31 | 920[3] | 260 | 497 | 57 | 56[3] | 50[3] |
| Nouveau-Brunswick | 616 | 140 | 616 | 433 | 120 | — | 61 | 2 |
| Québec[4] | 5,032[4] | 1,174 | 5,632[4] | 3,670 | — | —[4] | 1,203[5] | 759 |
| Ontario[6] | 8,536[6] | 1 | 8,536[6] | 6,658 | 260 | 44[6] | 1,159[6] | 415 |
| Manitoba | 1,600[5] | 12 | 1,600[5] | 1,337[5] | 27 | 28 | 165 | 43[5] |
| Saskatchewan | 2,639 | 353 | 3,350 | 2,993 | — | — | 133 | 224 |
| Alberta | 1,596 | 133 | 1,639 | 1,289 | 12 | 18 | 288 | 32 |
| Colombie-Britannique[7] | 2,847[7] | — | 2,847[7] | 2,508 | — | 137 | 202 | — |

[1] Autant que possible, seuls les fonds affectés à la gestion paraissent ici. Certains versements pour fins de capital peuvent être inclus dans la colonne provinciale et se refléter dans le total.

[2] L'estimation ne comprend pas le soin des malades chroniques indigents à l'infirmerie provinciale.

[3] L'estimation ne comprend pas le soin des malades chroniques indigents dans 8 institutions locales.

[4] Ne comprend pas l'hôpital du ministère des Affaires des anciens combattants, à Sainte-Anne-de-Bellevue, qui dépense $2,096 en 1946.

[5] Revisé d'après les renseignements puisés aux comptes publics des provinces.

[6] Ne comprend pas l'hôpital privé et l'hôpital du ministère des Affaires des anciens combattants à London (hôpital Westminster) dont les dépenses s'élèvent à $1,773 en 1946.

[7] Ne comprend pas un hôpital privé.

Le ministère des Affaires des anciens combattants entretient deux hôpitaux distincts pour les malades mentaux. Ces institutions comptent un total de 1,050 lits au 31 mars 1948 cependant que 325 lits supplémentaires ont été établis pour former la division de psychiatrie d'autres hôpitaux pour anciens combattants. A cette date, 999 malades mentaux sont sous traitement.

Les aménagements pour le soin des anciens combattants qui souffrent de maladies mentales sont administrés par le gouvernement fédéral en tant que partie du programme fédéral de services de santé pour les anciens combattants. Les chapitres sur les *Soins hospitaliers en général* et les *Soins médicaux publics* contiennent plus de détails à ce sujet.

Les malades indiens et esquimaux sont soignés dans des institutions provinciales aux frais du gouvernement fédéral. Durant l'année financière 1947-1948, 296 de ces malades reçoivent 79,820 jours de soins dans 35 institutions provinciales, au coût de $95,600.

Quand des accords peuvent être conclus avec les autorités provinciales, les personnes qui deviennent malades mentalement pendant qu'elles purgent des sentences dans les pénitenciers fédéraux sont soignées dans des hôpitaux provinciaux pour maladies mentales. En 1947-1948, il y a 61 de ces prisonniers aux dossiers de prisons fédérales.

### SUBVENTIONS FÉDÉRALES À L'HYGIÈNE MENTALE

Les subventions à l'hygiène introduites par le gouvernement fédéral en 1948 comprennent une subvention pour aider les provinces dans la prévention des maladies mentales et pour étendre graduellement la distribution de soins gratuits.

Une subvention de 4 millions de dollars est mise chaque année à la disposition des provinces. Le montant que chaque province peut obtenir est déterminé de la manière suivante: un montant net de $25,000 à chaque province et le reste divisé d'après les dernières estimations de la population entre les recensements.

La subvention totale doit être portée à 5 millions de dollars après 2 ans; 6 millions après 4 ans; et 7 millions après 6 ans, si les gouvernements provinciaux établissent qu'ils peuvent faire bon usage de ces montants. La subvention supplémentaire doit être distribuée selon la population.

Le tableau suivant indique les subventions mises à la disposition des provinces en 1948-1949:

SUBVENTION À L'HYGIÈNE MENTALE

(en milliers de dollars)

| Province | Lors de l'introduction[1] |
|---|---|
| Île du Prince-Édouard | 53·3 |
| Nouvelle-Écosse | 211·7 |
| Nouveau-Brunswick | 172·6 |
| Québec | 1,140·8 |
| Ontario | 1,284·2 |
| Manitoba | 248·4 |
| Saskatchewan | 278·1 |
| Alberta | 272·1 |
| Colombie-Britannique | 338·8 |
| Coût total au gouvernement fédéral | 4,000·0 |

[1] La distribution de la subvention maximum dépendra de la répartition de la population quand la subvention prendra effet. Si elle était calculée d'après la même population que la subvention de 1948-1949, elle serait répartie de la manière suivante: Île du Prince-Édouard, 75·7; Nouvelle-Écosse, 360·0; Nouveau-Brunswick, 289·9; Québec, 2,027·6; Ontario, 2,285·0; Manitoba, 425·8; Saskatchewan, 479·3; Alberta, 468·5; Colombie-Britannique, 588·2; total, 7,000·0.

Les gouvernements provinciaux peuvent obtenir de l'aide, jusqu'à concurrence de leur part de la subvention, pour des nouveaux projets approuvés. La subvention a pour but d'aider à mettre sur pied de nouveaux services pour la prophylaxie et le traitement des maladies mentales et à étendre graduellement les soins et l'œuvre de réadaptation gratuits, mais elle ne doit pas remplacer les dépenses faites à même les fonds provinciaux.

En plus de ces subventions, des fonds sont disponibles en vertu de la subvention à la construction d'hôpitaux afin d'augmenter les aménagements pour les malades mentaux. Les lits des institutions pour maladies mentales et des salles de psychiatrie des hôpitaux généraux sont classés comme lits pour malades chroniques aux fins du programme de subvention. Le chapitre sur les *Soins hospitaliers en général* contient plus de détails sur la subvention à la construction d'hôpitaux.

Les projets approuvés en vertu de la subvention à l'hygiène mentale durant les premiers mois de la mise en vigueur du Programme national d'hygiène comprennent la formation spécialisée d'un personnel professionel; le développement de l'hygiène mentale préventive par l'orientation de l'enfance et les cliniques d'hygiène mentale; et l'amélioration des facilités de diagnostic et de traitement dans des institutions par tout le pays.

## INITIATIVES PROVINCIALES

Les programmes d'hygiène mentale varient d'une province à l'autre, de même que les dispositions relatives au coût des soins. Les organismes et dispositions des provinces relatifs au traitement peuvent se résumer brièvement comme il suit:

*Île du Prince-Édouard.*—Les services d'hygiène mentale sont mis à la disposition de la population de l'Île du Prince-Édouard grâce aux aménagements du gouvernement provincial pour le traitement des malades mentaux à l'hôpital Falconwood de Charlottetown.

Les personnes hospitalisées pour maladies mentales doivent payer lorsqu'elles le peuvent, et la province paie le reste du coût. Les municipalités n'ont pas d'obligation financière quant au traitement des malades indigents.

*Nouvelle-Écosse.*—La Nouvelle-Écosse possède un hôpital pour maladies mentales et une école pour les débiles mentaux, dirigés par la province, ainsi que 14 institutions locales de surveillance. Ces dernières représentent les trois quarts de la capacité nominale des institutions de la Nouvelle-Écosse pour maladies mentales.

Depuis le 1er janvier 1948, les malades admis à l'hôpital de la Nouvelle-Écosse, à Dartmouth, sont soignés aux frais de la province, sans que rien ne soit exigé du malade ou de la municipalité. Les malades dans les institutions locales doivent payer s'ils en ont les moyens; le coût des soins aux indigents retombe sur la municipalité. Les municipalités qui n'ont pas d'institutions locales s'entendent avec celles qui en ont, pour le traitement de leurs malades.

Pour chaque personne traitée à l'École de formation, un montant de $200 par année est exigé de la municipalité; la province absorbe le reste du coût. L'expansion des aménagements, au moyen d'un rajout à l'École de formation, est à l'étude.

Outre le programme rattaché directement aux services de santé, le ministère du Bien-être public a un service de psychiatrie rattaché au programme du bien-être de l'enfance.

En 1948, une Division de névro-psychiatrie est organisée au ministère de la Santé avec un personnel de 3 psychiatres qui déterminent un programme général d'hygiène mentale, y compris le service sur place. Dans la ville d'Halifax, un programme d'hygiène mentale se poursuit, avec l'aide des aménagements du centre sanitaire Dalhousie.

*Nouveau-Brunswick.*—L'hôpital provincial de Fairville assure le traitement des malades mentaux du Nouveau-Brunswick. Le paiement est exigé pour le compte des malades, si leur situation financière le permet; les autorités municipales versent $2 par semaine pour le traitement de leurs citoyens indigents. Tous les autres frais sont assumés par le gouvernement provincial, qui a la pleine responsabilité administrative. Un petit nombre de débiles mentaux sont

placés sous surveillance dans l'hôpital provincial. Il n'y a pas de programme de formation pour les débiles mentaux.

La construction d'un nouvel hôpital pour les maladies mentales doit commencer à Campbellton dans un avenir rapproché. Cette construction, qui devrait être terminée en 1950, donnera environ 800 lits supplémentaires.

*Québec.*—Il y a dans la province de Québec 6 hôpitaux pour maladies mentales, une école pour les débiles mentaux, un hôpital du gouvernement fédéral pour les anciens combattants et une institution privée pour les malades mentaux. L'hôpital de Bordeaux donne des traitements spéciaux aux aliénés criminels.

L'hôpital pour maladies mentales à Gamelin possède des aménagements de traitement spéciaux pour les débiles mentaux. Une institution spéciale de 1,000 lits pour les débiles mentaux doit être construite à Montréal en 1949 et 1,000 malades y seront transférés de l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu à Gamelin.

Le gouvernement de Québec se charge de l'entretien des malades indigents dans des hôpitaux pour maladies mentales soutenues par la province, à partir du 1er janvier 1945. Auparavant, la municipalité de domicile devait payer la moitié des frais. Les frais d'entretien sont perçus des personnes qui ont la charge légale des malades et qui sont capables de payer le traitement.

Des programmes étendus d'hygiène mentale et de psychiatrie se poursuivent localement dans la province, notamment à Montréal, sous les auspices de particuliers et des universités.

*Ontario.*—Le Service des hôpitaux du ministère de la Santé de l'Ontario administre 12 hôpitaux pour maladies mentales, un hôpital pour les épileptiques, un hôpital-école pour les débiles mentaux et, en vertu d'un accord spécial, un hôpital de psychiatrie dans la ville de Toronto.

Le Service dirige des cliniques ambulantes pour le diagnostic et le traitement des malades externes; il collabore aussi avec les autorités municipales dans l'organisation de programmes locaux d'hygiène mentale.

Lors de l'introduction des subventions fédérales, des cliniques d'hygiène mentale étaient à l'œuvre dans les hôpitaux provinciaux de London, Hamilton, Kingston et Brockville ainsi qu'au département des malades externes de l'hôpital de psychiatrie de Toronto. Des psychiatres consultants sont en fonction à l'hôpital général de St-Catharines et à l'hôpital Victoria, de London.

Un montant est exigé pour le traitement si la famille ou le malade a le moyen de payer. Sinon, la province défraie le coût.

Les municipalités versent 10 cents par jour pour le soin des malades indigents, jusqu'à concurrence du montant que la province doit leur verser en vertu des dispositions statutaires relatives à la distribution de l'impôt provincial sur les chemins de fer. Les municipalités paient 50 cents par jour pour les malades indigents à l'hôpital provincial des épileptiques. Le canton d'York et Toronto et, dans certains cas, d'autres municipalités, peuvent envoyer des malades à l'hôpital de psychiatrie de Toronto; la responsabilité municipale se limite à 10 jours par malade, à $1.50 par jour.

Le gouvernement fédéral dirige un hôpital pour maladies mentales pour les anciens combattants dans la province d'Ontario; il y a aussi un hôpital privé qui traite les malades mentaux.

*Manitoba.*—La province de Manitoba dirige deux hôpitaux pour maladies mentales, une école pour les débiles mentaux et, en vertu d'une entente spéciale avec le Bureau de l'hôpital général de Winnipeg, un hôpital de psychopathie à Winnipeg. La province fournit tous les aménagements pour le traitement, sans que rien ne soit exigé des municipalités. La province perçoit des personnes qui peuvent payer de 50 cents au taux intégral de $1.75 par jour ($3.25 par jour à l'hôpital de psychopathie), qui représente environ la moitié du coût effectif par jour; le montant perçu est déterminé d'après les moyens de payer.

Des cliniques de diagnostic et des dispositions pour le traitement des malades externes sont maintenues à Winnipeg et à Brandon par les services provinciaux, qui collaborent aussi avec les autorités municipales dans l'organisation de leurs programmes d'hygiène mentale.

*Saskatchewan.*—La province de Saskatchewan, par l'intermédiaire de son ministère de la Santé, dirige deux hôpitaux pour maladies mentales et a des services hospitaliers de psychopathie en vertu d'une entente spéciale avec l'hôpital général de Regina.

Le département a établi aussi une École pour les débiles mentaux à Weyburn et organisé un vaste programme de formation pour ce groupe de malades.

Des cliniques d'hygiène mentale sont établies dans la province; elles examinent et traitent les malades qui leur sont envoyés et maintiennent un service consultatif pour les médecins et les organismes spéciaux. Ce programme est intégré avec l'établissement des services régionaux de santé dans la province.

Sauf certaines restrictions secondaires, les personnes qui répondent aux conditions de domicile ont droit aux soins et au traitement aux frais de la province. Rien n'est exigé du malade ni de sa municipalité.

*Alberta.*—Le ministère de la Santé publique d'Alberta administre deux hôpitaux provinciaux pour maladies mentales, deux hôpitaux auxiliaires et une école de formation pour les débiles mentaux, ainsi qu'un programme complet d'hygiène mentale qui comprend des services préventifs, des facilités de diagnostic, le soin familial pour les malades mentaux et la réadaptation.

Des cliniques d'orientation ont aussi été mises sur pied en tant que partie du programme d'hygiène mentale.

Si les parents sont capables de payer pour le traitement d'un malade, la province perçoit $1 par jour pour le soin dans les hôpitaux pour maladies mentales. Les municipalités n'ont pas d'obligation quant au traitement des malades indigents.

Le ministère de la Santé publique exige $15 par mois pour l'entretien des débiles mentaux à l'école provinciale. Ce montant est imputable à la municipalité de domicile, qui peut le recouvrer des personnes responsables chargées de l'entretien du malade.

Une Commission provinciale d'eugénisme a été établie en vertu de la loi de la stérilisation sexuelle de 1928.

*Colombie-Britannique.*—Le Secrétariat provincial administre le programme provincial d'hygiène mentale. Le psychiatre provincial administre les hôpitaux provinciaux comme unité, avec les services connexes d'hygiène mentale. Un des hôpitaux provinciaux est consacré à un programme de formation pour les sous-doués et les débiles mentaux.

Aucun paiement n'est exigé des municipalités mais il est exigé des malades qui ont le moyen de payer le traitement.

La réadaptation et le traitement post-hospitalier en rapport avec le programme provincial d'hygiène mentale s'exercent dans toute la province par le Service sur place généralisé de bien-être provincial.

En 1948, la Colombie-Britannique adopte une loi autorisant l'ouverture de cliniques de médecine psychologique. Cette loi, destinée à faciliter le traitement dès le début, change la méthode d'internement pour les cas qui demandent un traitement à court terme. La clinique Crease, institution nouvelle dotée d'un outillage moderne complet, a été fondée en tant que partie du groupe d'hôpitaux provinciaux pour maladies mentales à Essondale; le traitement des malades doit y commencer à l'été 1949.

---

SOURCES:

Mémoire sur les maladies mentales soumis à la Commission spéciale de la Chambre des communes sur la sécurité sociale, par feu le Dr B.T. McGhie, ancien sous-ministre de la Santé de l'Ontario, 18 mai 1943.

Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social:

Dr C.G. Stodgill, chef de la Division de l'hygiène mentale.

# 11. CANCER

Le cancer est la deuxième des principales causes de décès au Canada. Treize pour cent de tous les décès au pays en 1947 lui sont attribués. Cette année, 15,615 personnes meurent du cancer, contre 6,153 seulement en 1921. C'est une avance de 154 p. 100.

L'augmentation de la fréquence du cancer, que reflète la mortalité, est attribuée à des facteurs très variés.

L'accroissement de la population est caractérisée par une hausse du nombre réel de décès dus au cancer, cependant que les changements dans la composition par âge de la population influent sur la mortalité ou taux des décès dus à cette cause. Avec le perfectionnement des mesures de santé publique et la baisse de la mortalité chez les bébés et les enfants, plus de personnes atteignent un âge où elles sont susceptibles d'avoir le cancer. En 1946, 85 p. 100 de tous les décès dus au cancer au Canada se produisent parmi les personnes de plus de 50 ans, et 94 p. 100 parmi les personnes de plus de 40 ans; ce fait souligne l'importance fondamentale du vieillissement de la population en tant qu'élément de l'augmentation du nombre de décès dus au cancer.

L'augmentation de la mortalité due au cancer tient aussi du fait que les certificats de décès sont rédigés avec plus de précision. Les progrès des connaissances médicales permettent un diagnostic plus exact dans plusieurs cas de maladies autrefois attribuées à d'autres causes. Il n'est pas possible de déterminer jusqu'à quel point l'amélioration du diagnostic contribue à l'augmentation de la mortalité due au cancer.

Cependant, une étude publiée par le Bureau fédéral de la statistique en 1947, fondée sur les décès dus au cancer de 1921 à 1944, semble indiquer qu'en réalité la mortalité due au cancer semble avoir augmenté au Canada au cours des dernières années. Si on élimine les effets du changement de la population, l'avance de la mortalité due au cancer est de 5·6 p. 100 de 1931 à 1944.

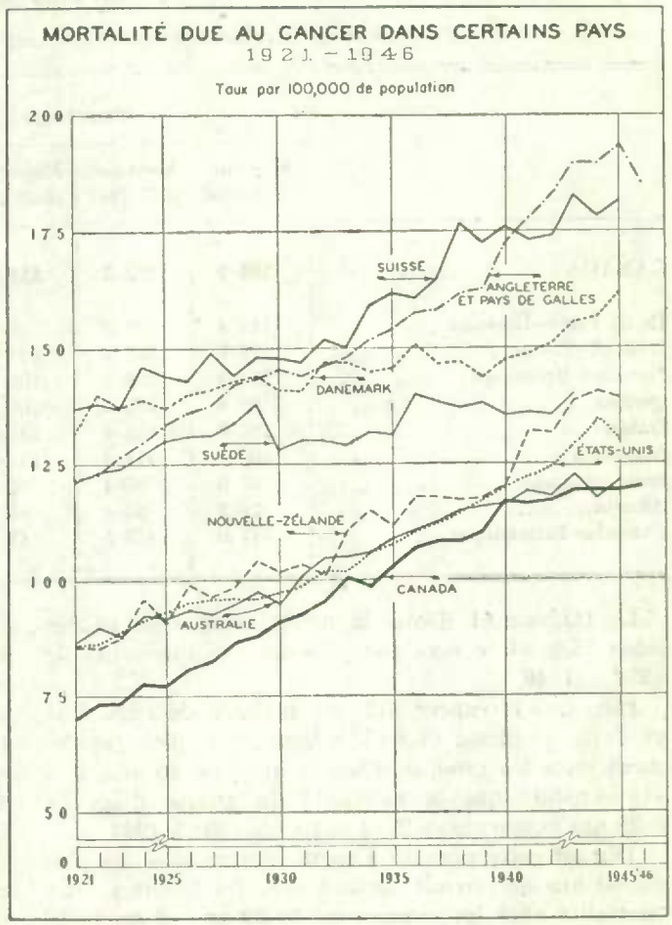
Bien que le cancer prenne plus d'importance comme cause de décès au Canada, la mortalité canadienne due à cette maladie est plus faible que celle de bien d'autres pays. La situation favorable du Canada à cet égard est probablement due à la mesure dans laquelle le cancer s'attaque aux groupes d'âge plus avancé et à la jeunesse relative de la population canadienne, bien que celle-ci vieillisse rapidement.

Il faut se rappeler, en établissant des comparaisons internationales, que des éléments semblables à ceux qui entrent en jeu au Canada influent aussi sur la mortalité due au cancer dans tous les pays. Le vieillissement explique en partie le changement, et les pays où le vieillissement est très avancé sont susceptibles d'avoir la mortalité due au cancer la plus élevée.

Vu l'importance de l'amélioration du diagnostic, il faut aussi tenir compte de la mesure dans laquelle existe la certification médicale dans différents pays. Bien que les comparaisons internationales de mortalité due au cancer aient une valeur limitée à cause de ces éléments et d'autres, une comparaison des taux bruts fondés sur les décès dus au cancer déclarés dans différents pays donne une certaine indication de la situation générale.

Le graphique 11 compare la mortalité canadienne avec celle de la Suisse, de l'Angleterre et du pays

GRAPHIQUE 11




NOTA: Les aborigènes ne sont pas compris dans les taux de l'Australie, ni les Maoris dans ceux de la Nouvelle-Zélande. Les données pour le Danemark, la Suède et la Suisse peuvent n'être pas strictement comparables avec celles des autres pays car elles sont classées d'après une nomenclature et un code spéciaux de causes de décès.

de Galles, du Danemark, de la Suède, de la Nouvelle-Zélande, de l'Australie et des États-Unis.

L'augmentation marquée des taux durant la période 1941-1945 en Angleterre et au pays de Galles, aux États-Unis et en Nouvelle-Zélande provient de ce que la mortalité ne s'applique qu'à la population civile en Angleterre et au pays de Galles et qu'aux États-Unis et en Nouvelle-Zélande, tous les militaires en dehors du pays ne sont pas compris. Il s'ensuit qu'une partie de la population parmi laquelle l'incidence du cancer est basse est exclue.

Bien que la mortalité due au cancer ait augmenté fortement dans toutes les parties du Canada, le changement n'est pas également marqué dans toutes les provinces. Durant les 20 ans de 1927 à 1946, le taux dans les provinces de l'Ouest monte davantage que dans les autres régions du pays. Ainsi que l'indique le graphique 2, c'est dans ces provinces que les groupes d'âge plus avancé parmi la population prennent le plus d'importance relative.

Le tableau 40 compare la mortalité due au cancer dans les différentes provinces de 1932 à 1947.

Durant la période 1942-1946 et en 1947, les taux bruts sont les plus élevés en Colombie-Britannique, en Ontario et en Nouvelle-Écosse; ils sont les plus bas en Saskatchewan et en Alberta. Les trois provinces qui ont la plus forte mortalité due au cancer ont aussi une plus forte proportion de leurs habitants qui sont âgés de plus de 50 ans que les autres provinces où la mortalité due à cette maladie est plus basse. Si l'on corrige les taux en écartant les effets de la variation dans la répartition par âge, la mortalité est beaucoup moindre en Colombie-Britannique et en Ontario. Québec a la plus forte mortalité rectifiée; la Nouvelle-Écosse et le Nouveau-Brunswick viennent ensuite.

TABLEAU 40—MORTALITÉ DUE AU CANCER PAR 100,000 DE POPULATION, PAR PROVINCE, 1932-1947

(Source: Division de la santé et du bien-être, Bureau fédéral de la statistique)

| — | Taux bruts | | | | Taux rectifiés | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Moyenne 1932-1936 | Moyenne 1937-1941 | Moyenne 1942-1946 | 1947 | Moyenne 1932-1936 | Moyenne 1937-1941 | Moyenne 1942-1946 | 1947 |
| CANADA | **100·9** | **112·2** | **119·2** | **124·3** | **96·6** | **99·2** | **99·6** | **101·2** |
| Île du Prince-Édouard | 111·4 | 128·3 | 115·2 | 128·7 | 76·6 | 91·3 | 81·7 | 90·2 |
| Nouvelle-Écosse | 122·7 | 131·1 | 125·5 | 138·3 | 98·9 | 105·1 | 100·3 | 107·6 |
| Nouveau-Brunswick | 104·2 | 109·2 | 109·6 | 116·1 | 96·0 | 98·4 | 95·9 | 100·8 |
| Québec | 90·6 | 102·3 | 109·4 | 112·1 | 102·0 | 108·8 | 113·2 | 113·5 |
| Ontario | 116·0 | 125·9 | 131·6 | 136·9 | 95·4 | 96·8 | 96·9 | 98·6 |
| Manitoba | 100·6 | 111·4 | 121·6 | 121·8 | 104·4 | 101·9 | 99·4 | 95·8 |
| Saskatchewan | 67·6 | 80·1 | 92·3 | 107·0 | 85·3 | 85·3 | 83·1 | 90·6 |
| Alberta | 78·2 | 86·4 | 99·7 | 106·8 | 92·8 | 89·1 | 89·2 | 93·6 |
| Colombie-Britannique | 117·0 | 137·5 | 143·8 | 142·3 | 95·2 | 98·3 | 98·9 | 97·1 |

Le tableau 41 donne la mortalité due au cancer selon l'âge et le sexe par périodes quinquennales de 1932 à 1946.

Bien que le cancer soit une maladie de l'âge mûr et de la vieillesse et qu'il augmente le plus rapidement dans les groupes d'âge de plus de 40 ans, il a été constaté que la mortalité du groupe d'âge de 0-29 ans augmente de 21·4 p. 100 de 1931 à 1944.

Durant cette période, l'augmentation chez les plus de 40 ans se produit surtout chez les hommes. La mortalité chez les femmes de 30-39 ans et de 50-59 ans diminue même durant la période 1931-1944.

Cependant, vu le risque plus grand de cancer chez les femmes vers la fin de la période de procréation, et au début de la période post-procréation, la mortalité due au cancer se maintient plus élevée chez les femmes que chez les hommes. En même temps, elle augmente plus rapidement chez les hommes que chez les femmes. Les taux uniformisés pour écarter les effets de la répartition par âge accusent une avance de 9·0 p. 100 chez les hommes contre 2·4 p. 100 seulement chez les femmes durant la période 1931-1944.

Le cancer de l'appareil digestif est le plus répandu chez les deux sexes; plus de la moitié des décès dus au cancer sont attribués à ce siège de la maladie.

En général, le taux baisse dans les sièges de la maladie les plus accessibles et il s'élève dans ceux qui sont les moins accessibles. Durant la période 1931-1944, la plus forte avance relative se manifeste dans le cancer des organes respiratoires.

Le ralentissement du rythme d'augmentation du cancer chez les femmes peut s'expliquer par le fait qu'une bonne partie du cancer chez elles se localise dans des sièges accessibles, de sorte que le diagnostic est relativement moins difficile.

TABLEAU 41—MORTALITÉ DUE AU CANCER PAR 100,000 DE POPULATION, SELON L'ÂGE ET LE SEXE, PAR PÉRIODE QUINQUENNALE, 1932-1946

(SOURCE: Division de la santé et du bien-être, Bureau fédéral de la statistique)

| — | Moyenne 1932-1936 | Moyenne 1937-1941 | Moyenne 1942-1946 |
|---|---|---|---|
| LES DEUX SEXES— | | | |
| Taux brut | 100·9 | 112·2 | 119·2 |
| Taux rectifié | 96·7 | 99·3 | 99·5 |
| Moins de 30 ans | 4·4 | 4·6 | 5·1 |
| 30 à 39 ans | 30·5 | 29·3 | 29·8 |
| 40 à 49 ans | 92·3 | 96·8 | 97·1 |
| 50 à 59 ans | 234·6 | 242·6 | 238·6 |
| 60 à 69 ans | 530·7 | 525·1 | 521·3 |
| 70 à 79 ans | 919·6 | 969·1 | 963·3 |
| 80 ans et plus | 1,240·7 | 1,301·6 | 1,390·1 |
| HOMMES— | | | |
| Taux brut | 95·5 | 109·6 | 117·6 |
| Taux rectifié | 91·3 | 96·2 | 97·2 |
| Moins de 30 ans | 4·4 | 4·9 | 5·4 |
| 30 à 39 ans | 19·2 | 19·8 | 19·6 |
| 40 à 49 ans | 61·9 | 68·1 | 68·8 |
| 50 à 59 ans | 195·4 | 209·9 | 207·2 |
| 60 à 69 ans | 531·8 | 534·3 | 531·9 |
| 70 à 79 ans | 982·2 | 1,048·2 | 1,068·2 |
| 80 ans et plus | 1,324·6 | 1,435·8 | 1,511·2 |
| FEMMES— | | | |
| Taux brut | 106·6 | 115·1 | 120·8 |
| Taux certifié | 102·6 | 102·5 | 101·9 |
| Moins de 30 ans | 4·4 | 4·4 | 4·9 |
| 30 à 39 ans | 42·8 | 39·8 | 40·5 |
| 40 à 49 ans | 127·2 | 128·2 | 127·4 |
| 50 à 59 ans | 282·1 | 281·5 | 274·1 |
| 60 à 69 ans | 529·3 | 514·6 | 509·1 |
| 70 à 79 ans | 854·3 | 887·5 | 855·1 |
| 80 ans et plus | 1,165·9 | 1,183·9 | 1,284·6 |

*Maladie du cancer*

Il est extrêmement difficile d'évaluer l'ampleur du problème créé par le cancer au Canada.

Les taux de décès n'indiquent que le nombre de personnes qui en meurent et les renseignements supplémentaires font défaut sur la fréquence de la maladie et sur le nombre de nouveaux cas qui surgissent chaque année.

La statistique fondée sur les décès n'est pas fiable non plus pour mesurer l'étendue du problème créé par le cancer dans différentes parties du pays, car la mortalité tient non seulement au nombre de cas mais aussi à la mesure dans laquelle un traitement approprié peut être obtenu. Il est connu que certaines formes de cancer sont guérissables si le traitement est entrepris avant que la maladie ne soit trop avancée. Ainsi donc, relativement plus de personnes meurent du cancer là où elles ne peuvent recevoir le traitement approprié, ou là où il n'existe pas de facilités de diagnostic dès le début.

Le cancer est une maladie déclarable dans les 4 provinces de l'Ouest; il est aussi déclarable volontairement dans certaines parties de l'Ontario. L'enregistrement n'est pas complet cependant et la statistique fondée sur les cas déclarés ne donne pas un tableau exact de la fréquence de la maladie.

Les cas en traitement dans les cliniques de cancer qui fournissent des renseignements donnent une idée générale de l'importance de ce genre de traitement. Les sections suivantes, qui décrivent les initiatives provinciales, contiennent les renseignements disponibles sur les cas examinés et l'étendue du traitement fourni par les cliniques. La mesure dans laquelle ces renseignements reflètent l'envergure du problème créé par le cancer varie avec l'importance du travail clinique par rapport au programme général.

PROGRAMMES POUR LE TRAITEMENT DU CANCER

Les programmes pour le traitement du cancer se rattachent étroitement à des programmes collectifs plus vastes de santé publique ainsi qu'aux dispositions générales pour la dispensation de soins médicaux et hospitaliers. A cet égard, le cancer diffère de la tuberculose et des maladies mentales; dans ces deux derniers cas, le caractère de la maladie et la conception précoce de la responsabilité publique en ce qui les concerne ont amené l'établissement de programmes distincts et l'intégration avec des services de plus grande envergure a été retardée.

Dans l'organisation générale des services canadiens de santé, le cancer, de même que les autres maladies propres à l'âge avancé, a pris, au cours des dernières années, une importance relative plus grande. Ce changement se caractérise par une augmentation prononcée de la mortalité et de la morbidité attribuables à cette cause.

Les autorités ont reconnu les problèmes spéciaux qui se rattachent au traitement du cancer; la profession médicale et des groupes bénévoles ont pris des dispositions en vue de rendre plus efficace la lutte contre cette maladie.

*Historique*

Dès 1930, le Manitoba et la Saskatchewan adoptent des lois visant à l'organisation de la lutte au cancer: le Manitoba établit un Institut pour le soulagement et les recherches en matière de cancer; c'est un corps indépendant appuyé par le gouvernement, qui y est représenté. De son côté, la Saskatchewan crée une Commission provinciale du cancer. Au cours des années suivantes, la plupart des autres provinces prennent des mesures en vue d'assurer l'appui public aux services anticancéreux. L'activité des gouvernements provinciaux est décrite plus bas dans la section qui traite des initiatives provinciales.

En 1931, la profession médicale prend l'initiative d'organiser sa participation à la lutte contre le cancer en formant la Commission d'études sur le cancer de l'Association médicale canadienne. Cette Commission a été le prédécesseur du Département actuel de la lutte anticancéreuse de l'Association.

La Caisse anticancéreuse du Jubilé d'argent du Roi George V est fondée en 1935, sous les auspices du gouvernement fédéral, pour aider à financer la lutte anticancéreuse, surtout les recherches et l'enseignement.

Trois ans plus tard, la Société canadienne du cancer est constituée. Les groupes affiliés, dans toutes les parties du pays, poursuivent une série d'initiatives variées qui portent surtout sur l'enseignement public, la levée de fonds et le bien-être.

En 1947, le pays est doté d'un organisme d'envergure nationale, jouissant de l'appui entier du gouvernement fédéral, par la création de l'Institut national du cancer. Ce corps représente les différents groupes professionnels et bénévoles et compte parmi ses membres des représentants du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, du Conseil national de recherches et du Conseil canadien d'hygiène publique.

La Société canadienne du cancer est associée à l'Institut au point de vue administratif mais les fonctions des deux organismes sont clairement divisées. Lors de la création de l'Institut, son principe directeur a été défini de la manière suivante: "Avancer, stimuler et encourager les recherches essentielles et la formation du personnel dans le domaine du cancer afin d'aider à réduire la mortalité et la morbidité attribuables au cancer".

En 1948, une subvention aux services du cancer est comprise dans les subventions à l'hygiène que le gouvernement fédéral met à la disposition des gouvernements provinciaux. La subvention à la lutte anticancéreuse est décrite plus bas, dans la section sur les initiatives fédérales.

### Points essentiels de la lutte anticancéreuse

D'après l'Institut national du cancer, un programme efficace de traitement du cancer doit comprendre: 1° l'enseignement au grand public; 2° l'enseignement aux médecins; 3° les recherches sur le cancer; 4° la mise sur pied de services suffisants de diagnostic et de traitement; et 5° la disparition des obstacles d'ordre économique qui peuvent retarder ou empêcher le diagnostic ou le traitement.

*Enseignement public*

L'enseignement sur le cancer fait partie du programme plus étendu d'enseignement de l'hygiène, qui a été étudié au chapitre sur la *Santé publique en général*. L'enseignement sur le cancer est une partie importante des fonctions du personnel de la santé publique; d'autre part, la Société canadienne du cancer patronne des programmes spéciaux. Dans cette œuvre, une attention particulière est accordée aux premiers symptômes des genres de cancer qui peuvent être guéris.

*Formation professionnelle*

L'instruction des médecins sur le cancer comporte deux éléments: rendre les médecins traitants plus familiers avec l'incidence du cancer et ses premiers symptômes et indices; et assurer la formation spécialisée d'un plus grand nombre de médecins dans le diagnostic et le traitement du cancer. L'Institut national du cancer, en collaboration avec les écoles de médecine et l'Association médicale canadienne, entreprend un programme relatif à ces deux aspects de la formation professionnelle. En Saskatchewan, où les services du cancer sont très perfectionnés, le gouvernement provincial a institué des études périodiques avancées pour le personnel, en tant que partie intégrante du fonctionnement du régime de cliniques. En Saskatchewan et au Nouveau-Brunswick, la Société canadienne du cancer dirige des programmes de bourses universitaires pour les médecins qui veulent acquérir une expérience spécialisée du cancer.

*Recherches sur le cancer*

Selon un relevé national effectué pour l'Institut national du cancer en 1947-1948, les recherches fondamentales sur le cancer sont limitées au travail qui se poursuit dans les centres d'enseignement médical. Bien que le champ de ces recherches soit très étendu, les recherches effectivement entreprises au Canada sont restreintes par le manque d'aménagements et de personnel supérieur de recherches ainsi que par l'incertitude d'un appui financier de longue durée.

Les enquêtes cliniques sont plus développées, vu que les dispositions nécessaires existent dans presque toutes les provinces. Le temps qui doit être consacré par le personnel supérieur à l'enseignement et au soin des malades nuit à l'efficacité de la plupart des programmes de recherches cliniques.

Avec des fonds obtenus de la Caisse anticancéreuse du Jubilé d'argent du Roi George V, ainsi que des gouvernements fédéral et provinciaux, l'Institut national du cancer accorde des subventions en vue de stimuler les recherches fondamentales sur les problèmes de la croissance. Le chapitre sur l'*Organisation, les recherches et la statistique* donne le montant de ces subventions.

*Services de diagnostic et de traitement*

Les dispositions spéciales pour le diagnostic et le traitement du cancer sont en étroite association avec les mesures existantes pour les services de diagnostic, ainsi qu'avec celles qui ont trait aux soins hospitaliers et médicaux en général. Les difficultés particulières que présente le cancer indiquent les problèmes qui se posent dans un programme complet.

Des dispositions appropriées pour le diagnostic du cancer exigent des installations considérables et un personnel technique très qualifié. Elles embrassent

un ensemble de services variés, y compris les services de biopsie dans les laboratoires d'hygiène ainsi que la série complète de services de diagnostic rattachés aux soins hospitaliers et médicaux en général.

En raison de la complexité du diagnostic du cancer, une certaine centralisation des aménagements peut être nécessaire pour donner un service suffisant. L'établissement de cliniques de diagnostic et l'emploi de consultants ambulants sont considérés nécessaires pour le soin des habitants des régions éloignées.

Les autorités sur le cancer trouvent qu'il serait avantageux de pouvoir procurer le traitement dans des cliniques organisées dans les grands hôpitaux généraux. Ces cliniques peuvent être organisées de plusieurs manières selon la variété des services qu'elles assurent et selon le rapport qui existe entre ces services et les soins hospitaliers et médicaux en général. Certaines cliniques ont un personnel à temps continu qui donne un service complet pour le cancer, y compris la radiothérapie; des dispositions spéciales sont établies pour opérer les cas envoyés au chirurgien.

En Saskatchewan, où un service complet pour le cancer est assuré sans que le malade n'ait rien à payer, les services diagnostiques et thérapeutiques sont organisés en cliniques spéciales de ce genre. Les cancéreux sont hospitalisés en vertu du système général d'hospitalisation de la province et les soins médicaux, y compris la radiothérapie, sont donnés par le personnel du dispensaire. Si une opération est nécessaire, les services d'un spécialiste sont obtenus par l'intermédiaire de la Commission provinciale du cancer.

Aux endroits où il n'y a pas de cliniques spéciales, une série toute aussi complète de services peut être assurée par l'organisation de cliniques des tumeurs dans les grands hôpitaux généraux. Ces cliniques auxquelles n'assistent généralement que les médecins du personnel particulièrement intéressés au cancer, se tiennent régulièrement pour l'étude en groupe des cas de cancer.

Certains des plus grands hôpitaux des régions métropolitaines du Canada possèdent des cliniques des tumeurs de ce genre. En vertu des dispositions en vigueur, les cancéreux sont admis à l'hôpital sur le même pied que les autres cas et voient eux-mêmes au paiement des soins médicaux et hospitaliers, sous réserve des mesures spéciales pour le soin des indigents. L'œuvre de ces cliniques généralisées est complétée par le travail spécialisé des différents départements de l'hôpital.

La centralisation de la radiothérapie est aussi considérée comme une condition essentielle à l'établissement de services suffisants. Vu la complexité et le coût des aménagements de radiothérapie ainsi que la nécessité d'un personnel très spécialisé, la bonne administration des services de radiothérapie exige la centralisation, de façon qu'une unité puisse desservir une région comptant au moins un demi million d'habitants. Si la population est moindre, elle ne comprend pas suffisamment de cas de cancer pour justifier, au point de vue médical et économique, la formation et le maintien des aménagements et du personnel hautement spécialisés qui sont nécessaires.

Les dispositions relatives au diagnostic et au traitement du cancer sont incorporées aux programmes des hôpitaux généraux dans toutes les régions du pays. Le degré de suffisance des aménagements et de leur accessibilité à toute la population varie d'une province à l'autre. Les services sont très perfectionnés en Saskatchewan, où il existe un programme complet; en Ontario, où il existe un vaste réseau de cliniques de diagnostic et où des dispositions spéciales sont prises relativement à la radiothérapie; en Alberta, qui possède des aménagements spéciaux de diagnostic; en Colombie-Britannique, qui a des services hospitaliers et des cliniques spéciales et dans les villes de Winnipeg, Montréal, Saint-Jean et Halifax.

En vue de faciliter l'amélioration du diagnostic et du traitement du cancer, le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social organise un Registre central des tumeurs au Laboratoire d'hygiène. Il est prévu que ce programme permettra aux pathologistes d'envoyer au Laboratoire d'hygiène à Ottawa des spécimens de tissu qui seront soumis à une Commission nationale d'experts afin d'en obtenir une opinion collective sur les cas en question.

Des projets sont en voie d'élaboration pour étendre le service et mettre les collections de spécimens à la disposition des médecins qui les étudieront.

Les services de soins post-hospitaliers font essentiellement partie d'un programme approprié de soin. Un service de ce genre aide à assurer la continuation ou la répétition du traitement au besoin.

Les services de diagnostic et de traitement dans les différentes parties du pays sont décrits plus bas, dans la section sur les initiatives provinciales.

*Facteurs économiques*

L'Institut national du cancer soutient que la disparition des obstacles économiques au diagnostic et au traitement dès le début constitue une partie intégrante d'un programme suffisant de lutte contre le cancer. Cela comporte des dispositions pour le paiement des frais de médecin et d'hôpital, ainsi que pour le transport. Ce dernier élément revêt une importance particulière vu que les aménagements doivent être centralisés.

Dans différentes régions du Canada, les frais sont répartis de diverses manières entre les autorités publiques, les contributions bénévoles et les malades eux-mêmes.

La plupart des provinces donnent un service gratuit de biopsie dans les laboratoires provinciaux et il se manifeste une tendance vers l'expansion des aménagements de diagnostic et de traitement sous les auspices publiques. Ce service a pris plus d'importance depuis l'introduction du régime de subventions fédérales à l'hygiène.

En Ontario, le diagnostic et la radiothérapie sont fournis d'après les résultats d'une enquête sur les ressources personnelles, dans des cliniques dirigées par la Fondation de l'Ontario sur le cancer; les mêmes dispositions existent en Colombie-Britannique, au Nouveau-Brunswick, à l'Institut provincial du radium, à Montréal, et, pour les cas urbains, au Manitoba. Dans cette dernière province, l'Institut pour le soulagement et les recherches en matière de cancer accorde gratuitement les services de diagnostic et de radiothérapie aux habitants des régions rurales.

L'Alberta fournit des services de diagnostic défrayés par les impôts, sans qu'aucun paiement ne soit exigé du malade lors du diagnostic. En Saskatchewan, le malade reçoit sans frais les soins médicaux et hospitaliers ainsi que le diagnostic; ces frais sont payés à même les revenus généraux de la province.

De plus amples renseignements sur les programmes anticancéreux des provinces sont donnés plus bas, dans la section sur les initiatives provinciales.

## INITIATIVES FÉDÉRALES

L'activité fédérale en matière de cancer se limite à diriger le Registre central des tumeurs et à administrer la subvention à la lutte anticancéreuse, faisant partie du régime de subventions à l'hygiène introduit en 1948.

En vertu de la subvention à la lutte anticancéreuse, une somme de $3,500,000 est mise chaque année à la disposition des provinces; la répartition se fait d'après les plus récentes estimations de la population entre les recensements. Chaque province reçoit jusqu'à concurrence de sa part de la subvention, en autant qu'elle fournisse un montant égal. Le gouvernement fédéral paie la moitié du coût de tout programme approuvé; la province paie l'autre moitié.

Le tableau suivant donne les subventions mises à la disposition des provinces en 1948-1949:

SUBVENTION À LA LUTTE ANTICANCÉREUSE
(en milliers de dollars)

| Province | Subvention |
|---|---|
| Île du Prince-Édouard | 26·2 |
| Nouvelle-Écosse | 173·1 |
| Nouveau-Brunswick | 136·8 |
| Québec | 1,034·5 |
| Ontario | 1,167·5 |
| Manitoba | 207·1 |
| Saskatchewan | 234·7 |
| Alberta | 229·1 |
| Colombie-Britannique | 291·0 |
| **Coût total au gouvernement fédéral** | **3,500·0** |

Les projets approuvés en vertu de la subvention comprennent diverses mesures destinées à améliorer les services de diagnostic et de traitement dans les provinces par la formation du personnel, l'achat d'appareils de radiumthérapie et de radiologie et l'expansion des aménagements de laboratoire.

## INITIATIVES PROVINCIALES

*Île du Prince-Édouard.*—En 1948, deux cliniques pour la diagnostic du cancer sont établies. Les cliniques sont tenues à tous les mois et tout médecin de la province peut y soumettre un suspect à un examen plus complet et à un diagnostic plus précis. De plus, le laboratoire provincial donne un service gratuit de biopsie.

*Nouvelle-Écosse*—En Nouvelle-Écosse, le cancer est soigné par les médecins traitants et aussi dans les hôpitaux généraux; le principal centre de traitement du cancer est l'hôpital général Victoria, à Halifax. Ceux qui ne peuvent pas payer sont soignés gratuitement.

Les services de diagnostic existent depuis 1933 et la province fournit un service gratuit de biopsie aux médecins traitants.

Les nouveaux cas qui ont passé à la clinique du cancer de l'hôpital général Victoria durant la période quinquennale 1943-1947 s'établissent de la manière suivante: 1943, 258; 1944, 243; 1945, 262; 1946, 270 et 1947, 275.

*Nouveau-Brunswick*—Les services de diagnostic du cancer sont en voie d'organisation, avec l'aide du gouvernement provincial. En vertu de ce programme, inauguré en 1947, les suspects sont envoyés par leurs médecins à l'une des sept cliniques du cancer situés dans des hôpitaux généraux de différentes parties de la province. Le malade n'a rien à payer pour le diagnostic.

Le programme s'effectue sous la direction du directeur provincial du Service de diagnostic du cancer, avec l'aide d'un Comité consultatif pour les questions qui exigent une direction médicale.

Du 2 septembre 1947 au 31 octobre 1948, les cliniques du cancer reçoivent 230 malades; la présence du cancer est prouvée dans 62 cas. Dans l'établissement d'un diagnostic formel pour ces 62 cas, le laboratoire provincial fait rapport sur 145 biopsies de tissu et 8 taches de Papanicolaou.

Des aménagements pour le traitement du cancer existent à l'hôpital général de Saint-Jean et d'autres sont en voie d'organisation à l'hôpital Saint-Joseph, à Saint-Jean; à l'hôpital municipal de Moncton; et à l'hôpital public Victoria, à Fredericton.

Si le malade n'a pas le moyen de payer, son comté de domicile défraie le coût du traitement radiologique ou radiumthérapique à la clinique de l'hôpital général Saint-Jean. Les malades payants versent les honoraires ordinaires pour les opérations ou pour la radio-

thérapie et choisissent eux-mêmes leur chirurgien cependant que les cas des salles publiques sont soignés par le personnel de la clinique.

La succursale du Nouveau-Brunswick de la Société canadienne du cancer accorde des subventions aux médecins en vue de recherches cliniques relativement à la lutte anticancéreuse.

*Québec*—Les dispositions relatives au diagnostic et au traitement du cancer, de même qu'aux recherches sur le cancer, sont concentrées dans les centres d'enseignement médical à Montréal et à Québec.

Plusieurs des grands hôpitaux ont des cliniques des tumeurs ou centres anticancéreux; ces cliniques constituent des centres d'enseignement et de recherches. Elles sont tenues à intervalles réguliers pour faire l'étude collective des cas. Les médecins traitants peuvent y envoyer les malades dans la plupart des cas, bien que certaines cliniques soient restreintes aux malades externes d'assistance publique.

Le Centre anticancéreux de l'Université Laval, à Québec, traite 401 cancéreux en 1946; sur ce nombre, 261 reçoivent des traitements radiothérapiques ou radiumthérapiques. Près des trois quarts des malades viennent d'en dehors de la ville de Québec.

L'Institut du radium de l'Université de Montréal et de la province de Québec est doté du personnel et de l'outillage nécessaires pour assurer le diagnostic des cancéreux et leur traitement, surtout par la radiothérapie. L'Institut accorde gratuitement un examen clinique à chaque malade, quelle que soit sa situation financière. Les opérations ne relèvent pas directement du personnel de l'Institut et se font ailleurs. L'Institut reçoit chaque année une subvention de $100,000 de la province de Québec, $50,000 de la cité de Montréal et environ $50,000 des malades et d'autres sources.

Les nouveaux cas qui passent à l'Institut durant la période de 1942-1946 se comptent ainsi: 1942, 323; 1943, 335; 1944, 403; 1945, 425; et 1946, 452.

Les cancéreux examinés ou soignés durant la même période s'établissent de la façon suivante: 1942, 2,214; 1943, 2,081; 1944, 2,273; 1945, 2,569; et 1946, 2,687.

Depuis 1946, la province a accordé des subventions à l'Institut du cancer de Montréal, situé à l'hôpital Notre-Dame à Montréal; et au Centre anticancéreux Laval, situé à l'Hôtel-Dieu, à Québec.

Outre l'œuvre des cliniques spéciales du cancer, les grands hôpitaux de Montréal donnent le service de diagnostic et de traitement du cancer dans les cliniques qui font partie des services réguliers des différents département des hôpitaux.

Les recherches sur le cancer s'effectuent sous les auspices de l'Université de Montréal et de l'Université McGill; des programmes de recherches cliniques se poursuivent dans tous les grands hôpitaux.

*Ontario*—En Ontario, les hôpitaux généraux et les médecins traitants diagnostiquent et soignent le cancer. La Fondation de l'Ontario pour le traitement et les recherches en matière de cancer exerce son activité dans ces deux domaines, ainsi qu'en matière de recherches, grâce à un réseau de cliniques.

L'œuvre de la Fondation s'est développée depuis 1943 avec l'aide de subventions provinciales et de dons. La Fondation a ouvert des cliniques de diagnostic dans le nord de l'Ontario et projette d'étendre ce programme à toute la province. Huit cliniques dirigées par la Fondation donnent des traitements. Les malades qui n'ont pas le moyen de payer le tarif ordinaire sont soignés gratuitement ou selon ce qu'ils peuvent payer sans se mettre à la gêne; l'hospitalisation se fait sous le régime général d'institutions soutenues par le public, avec des versements municipaux pour les indigents.

La plupart des cancéreux sont envoyés aux cliniques par des médecins traitants, bien que certains centres acceptent les cas directement. Étant donné que plusieurs cas sont soignés ailleurs qu'aux Centres du cancer de l'Ontario, les statistiques n'indiquent pas la fréquence effective du cancer. Elles reflètent cependant l'expansion des services disponibles. Les nouveaux cas de cancer soignés aux Centres en 1947 dépassent de 56 p. 100 ceux de 1938 et atteignent 3,292. Ce nombre comprend 186 récidivistes déjà vues ailleurs. Sans compter ces derniers, 29 p. 100 subissent une intervention chirurgicale, soit seule ou combinée avec d'autres traitements. Les cliniques centrales régionales assurent à la province un service complet de pathologie des tissus.

Le tableau suivant donne le nombre de nouveaux cas de cancer qui se présente aux Centres du cancer de l'Ontario, de 1942 à 1946. (Il est à noter que les récidives déjà vues ailleurs sont incluses.)

| Âge | Hommes | Femmes | Les deux sexes |
|---|---|---|---|
| Moins de 40 ans | 696 | 1,065 | 1,761 |
| 40-49 ans | 679 | 1,468 | 2,147 |
| 50-59 ans | 1,229 | 1,843 | 3,072 |
| 60-69 ans | 1,604 | 1,625 | 3,229 |
| 70-79 ans | 1,376 | 1,064 | 2,440 |
| 80 ans et plus | 541 | 326 | 867 |
| Non déclaré | 202 | 180 | 382 |
| | 6,327 | 7,571 | 13,898 |

*Manitoba*—Au Manitoba, le cancer est soigné surtout par des médecins traitants, qui exercent dans des hôpitaux généraux. L'Institut du Manitoba pour le soulagement et les recherches en matière de cancer dirige la lutte au cancer et fournit les traitements radiothérapiques et radiumthérapiques pour compléter les facilités de diagnostic et de traitement qui sont à la portée des médecins.

L'Institut donne gratuitement les traitements radiothérapiques et radiumthérapiques à tous les habitants

du Manitoba rural; les habitants de la région métropolitaine de Winnipeg peuvent obtenir le même service selon un tarif fondé sur les moyens du malade.

L'Institut maintient aussi un service gratuit de biopsie pour tous les médecins, ainsi qu'un service de traitement post-hospitalier où tous les cancéreux sont enregistrés. Le ministère de la Santé et du Bien-être public cherche à obtenir que tous les cancéreux reviennent à intervalles réguliers pour être examinés. L'Institut dresse la statistique du cancer; il agit aussi comme agence centrale de coordination pour tous les groupes qui s'intéressent à la lutte anticancéreuse au Manitoba.

L'Institut se maintient surtout avec les subventions provinciales et municipales; d'un budget total de $80,000 en 1947, 65 p. 100 proviennent de l'impôt.

La plupart des cas traités au Manitoba exigent une opération, pour laquelle les malades voient eux-mêmes au paiement.

La nécessité de cliniques de diagnostic en dehors de la région métropolitaine de Winnipeg est à l'étude.

Les nouveaux cas de cancer déclarés au Manitoba durant les années 1943-1947 s'établissent ainsi: 1943, 1,249; 1944, 1,222; 1945, 1,273; 1946, 1,420; 1947, 1,559.

Le tableau suivant donne la répartition selon l'âge et le sexe des cas déclarés en 1947.

| Groupes d'âge | Hommes | Femmes | Total |
|---|---|---|---|
| 0-24 ans | 26 | 10 | 36 |
| 25-39 ans | 34 | 46 | 80 |
| 40-54 ans | 147 | 172 | 319 |
| 55-69 ans | 344 | 287 | 631 |
| 70 ans et plus | 275 | 181 | 456 |
| Âge non déclaré | 20 | 17 | 37 |
| | 846 | 713 | 1,559 |

*Saskatchewan*—La Commission du cancer de la Saskatchewan, organisée par le ministère provincial de la Santé publique, dirige un vaste programme de diagnostic, de traitement et de recherches en matière de cancer.

Elle assure la centralisation des aménagements par l'organisation de deux cliniques de diagnostic et de traitement, situées dans les grands hôpitaux généraux de Regina et de Saskatoon et coordonnées avec les services de ces institutions. Les cancéreux sont envoyés à ces cliniques par les médecins de toutes les parties de la province. Depuis 1944, ce service est maintenu par les impôts généraux, sans que le malade n'ait rien à payer.

L'œuvre des cliniques est accompli par un petit groupe de médecins à temps continu, aidés d'un personnel consultatif adjoint, comprenant des physiciens, des radiologues, des médecins et des chirurgiens consultants qui reçoivent des honoraires selon les services rendus.

La liste des chirurgiens ne comprend que des spécialistes diplômés; elle est préparée d'après le choix des spécialistes mêmes et approuvée par la Commission du cancer. Si une opération est nécessaire, le malade peut choisir lui-même son chirurgien ou être envoyé par la Commission à un des chirurgiens consultants de la liste approuvée.

En 1947, la clinique de Regina compte en moyenne 95 cancéreux en traitement; celle de Saskatoon en a le même nombre.

Un système de rotation donne au personnel des cliniques l'occasion de se livrer à des études post-scolaires. La Société du cancer de la Saskatchewan finance partiellement ce programme.

Du 1er octobre 1933 au 31 décembre 1946, les médecins déclarent à la Commission du cancer 12,130 cancéreux et suspects.

Le tableau suivant donne le nombre de nouvelles admissions, selon le diagnostic, pour la période 1942-1946.

| Diagnostic | 1942 | 1943 | 1944 | 1945 | 1946 |
|---|---|---|---|---|---|
| Cancer | 653 | 756 | 871 | 1,042 | 1,188 |
| Aucun cancer | 568 | 601 | 741 | 1,043 | 1,543 |
| Pré-cancer | 192 | 275 | 327 | 273 | 191 |
| Pas diagnostiqué | 55 | 66 | 164 | 255 | 256 |
| | 1,468 | 1,698 | 2,103 | 2,613 | 3,178 |

Durant les 15 ans de 1932 à 1946, les cliniques enregistrent 19,431 admissions; le diagnostic révèle la présence du cancer dans 46 p. 100 des cas.

En comparaison des 3,178 cas qui reçoivent leur premier diagnostic consultatif en 1946, il y a 7,077 cas qui se présentent aux cliniques pour plus ample consultation et pour revision.

L'intervention chirurgicale, soit seule, soit combinée avec d'autres traitements, s'applique dans 35 p. 100 des cas soignés en 1944 et 42 p. 100 en 1945.

*Alberta*—Les malades envoyés par leurs médecins aux cliniques provinciales de diagnostic reçoivent l'examen médical gratuit.

Un malade peut être hospitalisé sans frais jusqu'à concurrence de 14 jours, si c'est nécessaire au diagnostic.

La province paie le coût des opérations et des traitements radiothérapiques ou radiumthérapiques autorisés par les cliniques, y compris les frais de salle d'opération et les anesthésiques. Le malade paie les frais d'hospitalisation durant le traitement s'il en est capable; sinon, ces frais tombent sous les dispositions en vigueur dans la province, relativement aux soins hospitaliers en général.

Un directeur à temps continu administre les cliniques avec l'aide d'un personnel de 12 médecins à temps discontinu, nommés par le ministère de la Santé publique.

Les municipalités peuvent fournir le transport gratuit à une clinique de diagnostic.

Le tableau suivant donne le nombre de nouveaux cas durant la période 1942-1946.

| — | 1942 | 1943 | 1944 | 1945 | 1946 |
|---|---|---|---|---|---|
| Tumeurs malignes | 605 | 823 | 968 | 1,100 | 1,112 |
| Tumeurs non malignes..... | 581 | 847 | 758 | 694 | 1,146 |
| | 1,186 | 1,670 | 1,726 | 1,794 | 2,258 |

Sur 8,634 nouveaux cas qui se présentent durant les cinq ans de 1942 à 1946, l'examen révèle que 4,608 soit 53 p. 100 souffrent de tumeurs malignes.

Durant la même période, 42 p. 100 de tous les cancéreux envoyés pour traitement doivent être opérés.

*Colombie-Britannique.* La Fondation de la Colombie-Britannique sur le cancer dirige un Institut du cancer, qui reçoit une aide financière de la province pour ses services de diagnostic et de traitement.

L'œuvre de l'Institut complète les soins donnés aux malades par leurs médecins particuliers ainsi que par le personnel médical de différents hôpitaux qui sont aménagés pour traiter le cancer.

Durant la période 1942-1946, la clinique de l'Institut à Vancouver reçoit 2,416 nouveaux cas; sur ce nombre, 1,609 sont atteints de cancer, 755 ne le sont pas et 52 ne subissent pas un examen complet.

En 1947, les cas admis s'élèvent à 907; le cancer se rencontre chez 591 d'entre eux.

Moins de la moitié des cas admis à la clinique en 1947 viennent de la région de Vancouver; 473 sur 907 viennent d'autres parties de la province. Les malades payants sont au nombre de 449 durant l'année.

Outre l'assistance accordée à l'Institut, la province aide aussi les hôpitaux publics; par la Division du bien-être social, elle aide aussi les cancéreux dans le besoin à défrayer le transport, le traitement et l'hospitalisation.

---

Sources:

Institut national du cancer:
Dr O. H. Warwick directeur-administrateur.
Ministères provinciaux de la Santé.
Organismes provinciaux de lutte anticancéreuse.
Rapport d'une enquête sur les aménagements et les services pour le cancer entrepris au compte de l'Institut national du cancer par feu le Dr A. W. Blair.

# 12. HOSPITALISATION EN GÉNÉRAL

A mesure que les progrès scientifiques viennent étendre le domaine des traitements et activer la demande de soins, l'hospitalisation joue un rôle de plus en plus important dans les services d'hygiène en général. En même temps, les changements de population augmentent le besoin effectif de services hospitaliers.

## AMÉNAGEMENTS

Presque tous les hôpitaux canadiens sont des institutions publiques soutenues à même les taxes et qui servent le public en général sans distinction de race ou de croyance et indépendamment des moyens des personnes qui y recourent. Les hôpitaux publics comptent 56,581 lits et lits d'enfants en 1947, contre 3,434 seulement dans les institutions privées.

La plupart des hôpitaux canadiens se classent dans le groupe de ceux qui procurent le traitement actif; seulement 8 p. 100 de la capacité totale en lits des hôpitaux publics se trouve dans des institutions spécialisées pour le soin des convalescents et des malades chroniques.

Le tableau 42 donne la répartition des lits d'hôpital entre les diverses provinces, selon le genre d'hôpital.

Au Canada, la plupart des hôpitaux sont administrés sans but lucratif par des organismes laïques bénévoles ou par des groupes religieux, bien que depuis quelques années, les hôpitaux municipaux, dans les villes et les campagnes, prennent plus d'importance dans le régime des hôpitaux canadiens.

Plusieurs grands centres urbains ont des hôpitaux municipaux, cependant que les hôpitaux administrés par une municipalité ou un groupe de municipalités se multiplient dans les régions rurales, surtout dans les provinces des Prairies. Les autorités provinciales de la Saskatchewan et du Manitoba ont récemment adopté des mesures pour encourager l'établissement d'hôpitaux ou de groupes d'hôpitaux financés et dirigés par des Commissions d'hôpitaux publics, constituées en corps spéciaux d'administration locale.

Les hôpitaux sous l'administration publique, de même que ceux qui sont dirigés par des organismes non gouvernementaux, y compris les communautés religieuses, desservent toute la population. Les hôpitaux publics pour indigents seulement n'ont pas été introduits au Canada.

Le tableau 43 indique la répartition des hôpitaux du Canada en 1947, d'après le genre d'organisme qui les dirige.

TABLEAU 42—NOMBRE ET CAPACITÉ EN LITS[1] DES HÔPITAUX[2] AU CANADA, SELON LE GENRE, 1947
(SOURCE: Division de la santé et du bien-être, Bureau fédéral de la statistique)

| — | Hôpitaux publics | | | | | | Hôpitaux privés | | Total | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Pour traitement actif[3] | | Pour convalescents et malades chroniques | | Total | | | | | |
| | Hôpitaux | Lits | Hôpitaux | Lits | Hôpitaux | Lits | Hôpitaux | Lits | Hôpitaux | Lits |
| **CANADA** | **652** | **51,922** | **36** | **4,659** | **688** | **56,581** | **219** | **3,434** | **907** | **60,015** |
| Île du Prince-Édouard | 6 | 453 | — | — | 6 | 453 | — | — | 6 | 453 |
| Nouvelle-Écosse | 39 | 2,507 | — | — | 39 | 2,507 | 9 | 67 | 48 | 2,574 |
| Nouveau-Brunswick | 27 | 2,191 | 1 | 33 | 28 | 2,224 | 4 | 100 | 32 | 2,324 |
| Québec | 83 | 13,601 | 9 | 1,417 | 92 | 15,018 | 59 | 1,190 | 151 | 16,208 |
| Ontario | 149 | 15,021 | 16 | 1,987 | 165 | 17,008 | 51 | 914 | 216 | 17,922 |
| Manitoba | 39 | 3,423[4] | 2 | 479[4] | 41 | 3,902[4] | 7 | 116 | 48 | 4,018[4] |
| Saskatchewan | 130 | 4,190[5] | 3 | 274[5] | 133 | 4,464[5] | 32 | 105[5] | 165 | 4,569[5] |
| Alberta | 100 | 5,019 | 2 | 145 | 102 | 5,164 | 23 | 197 | 125 | 5,361 |
| Colombie-Britannique | 79 | 5,517 | 3[6] | 324[6] | 82 | 5,841 | 34 | 745 | 116 | 6,586 |

[1] Comprend les lits et les lits d'enfants, mais ne comprend pas les moïses ou berceaux, de sorte que les chiffres ne sont pas exactement comparables avec ceux de l'*Annuaire de la santé 1946*.

[2] Ne comprend pas les hôpitaux du gouvernement fédéral, les sanatoriums pour tuberculeux, les unités pour tuberculeux dans les hôpitaux généraux, et les hôpitaux pour maladies mentales.

[3] Comprend 12 hôpitaux pour maladies contagieuses; leur capacité en lits s'établit par province comme il suit: Nouvelle-Écosse, 62; Québec, 611; Ontario, 379; Manitoba, 175; Alberta, 70.

[4] Ne comprend pas 164 lits d'hôpital général et 242 lits pour malades chroniques, en voie de construction en mars 1948.

[5] Capacité officielle en lits et nombre d'hôpitaux, tels qu'ils sont déclarés au Bureau fédéral de la statistique par la Commission d'organisation des services de santé, plus 274 lits dans d'autres institutions pour les malades chroniques. En mai 1948, il y a 5,099 lits et lits d'enfants aménagés dans les hôpitaux publics de Saskatchewan et 134 lits et lits d'enfants dans des institutions privées.

[6] Déclarés au Bureau fédéral de la statistique comme une seule unité.

## TABLEAU 43—ORGANISMES DIRIGEANTS DES HÔPITAUX GÉNÉRAUX[1] POUR LE TRAITEMENT ACTIF ET POUR LE SOIN DES CONVALESCENTS ET DES MALADES CHRONIQUES, 1947

(SOURCE: Division de la santé et du bien-être, Bureau fédéral de la statistique)

| — | Non gouvernementaux | | | | Municipaux[4] | | Provinciaux | | Total, hôpitaux publics | | Hôpitaux privés[5] | | Hôpitaux fédéraux[6] | | Total, tous hôpitaux | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Laïques[2] | | Religieux[3] | | | | | | | | | | | | | |
| | Hôpitaux | Lits[7] | Hôpitaux | Lits[7] | Hôpitaux | Lits[7] | Hôpitaux | Lits[7] | Hôpitaux | Lits[7] | Hôpitaux | Lits[7] | Hôpitaux | Lits[7] | Hôpitaux | Lits[7] |
| CANADA | **266** | **19,746** | **232** | **24,686** | **182** | **10,710** | **8** | **1,439** | **688** | **56,581** | **219** | **3,434** | **74** | **11,455** | **981** | **71,470** |
| Île du Prince-Édouard | 1 | 22 | 2 | 151 | 3 | 280 | — | — | 6 | 453 | — | — | — | — | 6 | 453 |
| Nouvelle-Écosse | 23 | 1,021 | 9 | 768 | 5 | 355 | 2 | 363 | 39 | 2,507 | 9 | 67 | 7 | 888 | 55 | 3,462 |
| Nouveau-Brunswick | 14 | 701 | 12 | 1,049 | 2 | 474 | — | — | 28 | 2,224 | 4 | 100 | 5 | 430 | 37 | 2,754 |
| Québec | 23 | 4,373 | 67 | 10,509 | 2 | 136 | — | — | 92 | 15,018 | 59 | 1,190 | 10 | 2,148 | 161 | 18,356 |
| Ontario | 101 | 8,085 | 39 | 5,020 | 25 | 3,903 | — | — | 165 | 17,008 | 51 | 914 | 17 | 3,990 | 233 | 21,912 |
| Manitoba | 14 | 1,505 | 18 | 2,028 | 9 | 369 | — | — | 41 | 3,902 | 7 | 116 | 9 | 1,143 | 57 | 5,161 |
| Saskatchewan[8] | 30 | 227 | 24 | 1,447 | 77 | 2,631[4] | 2 | 159 | 133 | 4,464[8] | 32 | 105[8] | 3 | 205 | 168 | 4,774[8] |
| Alberta | 9 | 286 | 38 | 1,995 | 54 | 2,290 | 1 | 593 | 102 | 5,164 | 23 | 197 | 10 | 682 | 135 | 6,043 |
| Colombie-Britannique | 51 | 3,526 | 23 | 1,719 | 5 | 272 | 3[9] | 324 | 82 | 5,841 | 34 | 745 | 13 | 1,969 | 129 | 8,555 |

[1] Ne comprend pas les sanatoriums pour tuberculeux et les hôpitaux pour maladies mentales.
[2] Comprend 508 lits et lits d'enfants dans les hôpitaux de la Croix-rouge.
[3] Comprend 22,904 lits dans des hôpitaux catholiques et 1,782 dans d'autres institutions religieuses.
[4] Comprend 1,118 lits dans les hôpitaux unis de la Saskatchewan.
[5] Comprend les hôpitaux industriels.
[6] Comprend 9,750 lits dans 31 hôpitaux dirigés par le ministère des Affaires des anciens combattants et 965 lits dans 18 hôpitaux militaires.
[7] Comprend les lits et lits d'enfants mais ne comprend pas les moïses ou berceaux; les chiffres ne sont donc pas exactement comparables avec ceux de *l'Annuaire de la santé 1946*.
[8] Capacité officielle en lits et nombre d'hôpitaux, tels qu'ils sont déclarés au Bureau fédéral de la statistique par la Commission d'organisation des services de santé de Saskatchewan, plus 274 lits dans d'autres institutions pour les malades chroniques. En mai 1948, il y a 5,099 lits et lits d'enfants aménagés dans les hôpitaux publics de Saskatchewan et 134 lits et lits d'enfants dans des institutions particulières.
[9] Déclarés au Bureau fédéral de la statistique comme une seule unité.

TABLEAU 44—CAPACITÉ EN LITS DES HÔPITAUX PUBLICS AU CANADA[1], SELON L'IMPORTANCE, 1947

(SOURCE: Division de la santé et du bien-être, Bureau fédéral de la statistique)

| | Total | | Moins de 25 lits | | 25-49 lits | | 50-99 lits | | 100-199 lits | | 200 lits et plus | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Hôpitaux | Lits[2] | Hôpitaux | Lits[2] | Hôpitaux | Lits[2] | Hôpitaux | Lits[2] | Hôpitaux | Lits[2] | Hôpitaux | Lits[2] |
| **CANADA** | **688** | **56,581** | **264** | **3,706** | **150** | **5,296** | **117** | **7,958** | **85** | **11,424** | **72** | **28,197** |
| Île du Prince-Édouard | 6 | 453 | 2 | 37 | 1 | 41 | 1 | 75 | 2 | 300 | — | — |
| Nouvelle-Écosse | 39 | 2,507 | 9 | 113 | 11 | 404 | 11 | 685 | 6 | 752 | 2 | 553 |
| Nouveau-Brunswick | 28 | 2,224 | 10 | 156 | 5 | 199 | 5 | 381 | 6 | 858 | 2 | 630 |
| Québec | 92 | 15,018 | 6 | 105 | 18 | 689 | 20 | 1,289 | 23 | 3,228 | 25 | 9,707 |
| Ontario | 165 | 17,008 | 41 | 527 | 42 | 1,527 | 33 | 2,349 | 26 | 3,499 | 23 | 9,106 |
| Manitoba | 41 | 3,902 | 13 | 241 | 11 | 395 | 7 | 463 | 4 | 517 | 6 | 2,286 |
| Saskatchewan[3] | 133 | 4,464[3] | 102 | 1,233 | 10 | 361 | 10 | 592 | 7 | 902 | 4 | 1,376 |
| Alberta | 102 | 5,164 | 52 | 883 | 30 | 947 | 10 | 695 | 4 | 487 | 6 | 2,152 |
| Colombie-Britannique | 82 | 5,841 | 29 | 411 | 22 | 733 | 20 | 1,429 | 7 | 881 | 4 | 2,387 |

[1] Ne comprend pas les hôpitaux du gouvernement fédéral, les hôpitaux particuliers, les sanatoriums pour tuberculeux, les unités pour tuberculeux des hôpitaux généraux, et les hôpitaux pour maladies mentales.

[2] Comprend les lits et les lits d'enfants mais ne comprend pas les moïses ou berceaux; les chiffres ne sont donc pas exactement comparables avec ceux de l'*Annuaire de santé 1946*.

[3] Capacité officielle en lits et nombre d'hôpitaux, tels qu'ils sont déclarés au Bureau fédéral de la statistique par la Commission d'organisation des services de santé, plus 274 lits dans d'autres institutions pour les malades chroniques. En mai 1948, il y a 5,099 lits et lits d'enfants aménagés dans les hôpitaux publics de Saskatchewan.

54275—7

En 1947, environ la moitié de la capacité totale en lits des hôpitaux publics du pays se trouve dans des institutions de 200 lits ou plus, cependant que les hôpitaux de moins de 25 lits n'en contiennent que 6 p. 100 environ. L'importance relative des grands hôpitaux reflète le fait qu'aujourd'hui les soins médicaux scientifiques exigent des aménagements et un personnel que seules les grandes institutions sont en mesure d'avoir.

Les petits hôpitaux sont relativement les plus nombreux en Alberta et en Saskatchewan où l'organisation d'hôpitaux publics a permis d'étendre les avantages de l'hospitalisation aux régions peu peuplées. Il convient de noter que l'Alberta, qui a le plus de lits d'hôpitaux par rapport à la population, a aussi une forte proportion de lits dans les petits hôpitaux.

Le tableau 44 indique la répartition des lits d'hôpitaux au Canada selon la capacité des institutions, en 1947.

La capacité des hôpitaux augmente de façon marquée depuis quelques années; elle passe de 40,542 lits en 1932 à 56,581 en 1947 pour les hôpitaux publics. Ce changement est marqué par un accroissement de la population de sorte que le rapport entre les lits et la population ne s'améliore que peu.

Le tableau 45 compare la capacité en lits et le rapport entre le nombre de lits et la population, dans les différentes provinces du Canada, en 1932, 1937, 1942 et 1947.

En Colombie-Britannique, malgré l'augmentation du nombre de lits, celui-ci, par rapport à la population, a diminué durant la période de 1937-1947. En Ontario, le rapport n'a presque pas changé bien que la capacité effective en lits soit beaucoup plus élevée.

Le quotient des lits augmente dans les provinces Maritimes et les Prairies, où l'accroissement de la capacité n'est pas neutralisé par celui de la population. Le Québec, la Nouvelle-Écosse et l'Ontario ont le moins de lit par rapport à la population en 1947. Les plus hauts quotients se trouvent dans les provinces des Prairies et la Colombie-Britannique; c'est l'Alberta qui est la mieux pourvue.

Si la capacité des hôpitaux est classée d'après l'importance de la localité, il est évident que les variations entre les différents genres de localités seront beaucoup plus étendues qu'elles ne le sont entre les provinces.

Le tableau 46 indique le nombre de lits disponibles en 1947, par rapport à la population, selon l'importance numérique des localités dans chaque province.

TABLEAU 45—CAPACITÉ EN LITS DES HÔPITAUX PUBLICS AU CANADA[1] PAR RAPPORT À LA POPULATION[2], 1932, 1937, 1942 ET 1947

(SOURCE: Division de la santé et du bien-être, Bureau fédéral de la statistique)

| —— | 1932 | | 1937 | | 1942 | | 1947 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Capacité en lits | Lits par 1,000 de population | Capacité en lits | Lits par 1,000 de population | Capacité en lits | Lits par 1,000 de population | Capacité en lits | Lits par 1,000 de population |
| **CANADA** | **40,542**[3] | **3·86** | **46,914**[4] | **4·25** | **52,182** | **4·48** | **56,581** | **4·51** |
| Île du Prince-Édouard | 180 | 2·02 | 252 | 2·71 | 256 | 2·84 | 453 | 4·82 |
| Nouvelle-Écosse | 1,535 | 2·96 | 1,619 | 2·95 | 2,146 | 3·63 | 2,507 | 4·04 |
| Nouveau-Brunswick | 1,340 | 3·24 | 1,384 | 3·17 | 1,572 | 3·39 | 2,224 | 4·53 |
| Québec | 9,006 | 3·08 | 12,733 | 4·05 | 13,971 | 4·12 | 15,018 | 4·05 |
| Ontario | 13,720[3] | 3·95 | 14,702[4] | 4·04 | 16,019 | 4·12 | 17,008 | 4·06 |
| Manitoba | 3,158 | 4·48 | 3,671 | 5·13 | 4,014 | 5·54 | 3,902 | 5·25 |
| Saskatchewnn | 3,315[3] | 3·59 | 3,656 | 3·97 | 4,029 | 4·75 | 4,464[5] | 5·30 |
| Alberta | 3,908 | 5·28 | 4,033 | 5·20 | 4,759 | 6·13 | 5,164 | 6·28 |
| Colombie-Britannique | 4,380[3] | 6·20 | 4,864 | 6·41 | 5,416 | 6·23 | 5,841 | 5·59 |

[1] Ne comprend ni les hôpitaux privés, ni les hôpitaux dirigés par le gouvernement fédéral, mais comprend les hôpitaux qui soignent exclusivement (ou presque) les cas du gouvernement fédéral et les hôpitaux qui imposent des restrictions à l'admission mais qui reçoivent une aide à même les taxes. La capacité en lits n'est pas définie d'une manière uniforme pour tous les hôpitaux durant la période observée; il se peut que les chiffres ne soient pas exactement comparables. Les moïses ou berceaux sont exclus partout, de sorte que les chiffres ne sont pas exactement comparables avec ceux de l'*Annuaire de la santé 1946*. Comprend les hôpitaux pour incurables et les lits pour tuberculeux dans les hôpitaux généraux, sauf dans le cas d'unités distinctes en fonction depuis plusieurs années (voir aussi renvois 3 et 4).

[2] Population estimée par le Bureau fédéral de la statistique.

[3] Comprend 340 lits pour le traitement de la tuberculose, répartis comme il suit: Ontario, 139; Saskatchewan, 144; et Colombie-Britannique, 57 Les totaux des hôpitaux généraux des autres provinces peuvent aussi comprendre un petit nombre de lits pour tuberculeux.

[4] Comprend 35 lits pour le traitement de la tuberculose dans les hôpitaux généraux d'Ontario. Les totaux des hôpitaux généraux des autres provinces peuvent aussi comprendre un petit nombre de lits pour tuberculeux.

[5] Capacité officielle en lits, telle qu'elle est déclarée au Bureau fédéral de la statistique par la Commission d'organisation des services de santé, plus 274 lits dans d'autres institutions pour les malades chroniques. En mai 1948, il y a 5,099 lits et lits d'enfants aménagés dans les hôpitaux publics de Saskatchewan et 134 lits et lits d'enfants dans des institutions privées. D'après la population estimative en 1947 et le nombre de lits aménagés, la Saskatchewan aurait un quotient de 6·06 lits par 1,000 de population. Au 31 décembre 1947, la capacité officielle en lits est de 4,365 (y compris 274 lits pour incurables) et 4,990 lits sont aménagés. (Ces chiffres correspondent à ceux des autres provinces dans le tableau ci-dessus, mais ils ne correspondent pas avec les renseignements détaillés des tableaux 43 et 44.)

TABLEAU 46—POPULATION[1] DES COLLECTIVITÉS URBAINES DU CANADA DE 10,000 ET PLUS ET D'AUTRES RÉGIONS, EN FONCTION DU NOMBRE DE LITS[2] DANS LES HÔPITAUX PUBLICS, 1947

(SOURCE: Division de la santé et du bien-être, Bureau fédéral de la statistique)

| — | Collectivités urbaines | | | | | | | | | Autres localités | | | Total | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Plus de 150,000 | | | 30,000-150,000 | | | 10,000-30,000 | | | | | | | | |
| | Population[1] | Lits[2] | Lits par 1,000 de population | Population[1] | Lits[2] | Lits par 1,000 de population | Population[1] | Lits[2] | Lits par 1,000 de population | Population[1] | Lits[2] | Lits par 1,000 de population | Population[1] | Lits[2] | Lits par 1,000 de population[3] |
| CANADA | **3,482,268** | **22,564** | **6·48** | **1,228,595** | **11,820** | **9·62** | **858,874** | **7,499** | **8·73** | **6,713,353** | **14,698** | **2·19** | **12,283,000** | **56,581** | **4·61** |
| Î.-P.-É. | — | — | — | — | — | — | 16,000 | 300 | 18·75 | 78,000 | 153 | 1·96 | 94,000 | 453 | 4·82 |
| N.-É. | — | — | — | 149,765[4] | 990 | 6·61 | 46,272 | 405 | 8·75 | 415,963 | 1,112 | 2·67 | 612,000 | 2,507 | 4·10 |
| N.-B. | — | — | — | 70,455[5] | 584 | 8·29 | 44,315 | 461 | 10·40 | 365,230 | 1,179 | 3·23 | 480,000 | 2,224 | 4·63 |
| Qué. | 1,424,105[6] | 9,867 | 6·93 | 125,877 | 1,639 | 13·02 | 254,728 | 1,813 | 7·12 | 1,825,290 | 1,699 | 0·93 | 3,630,000 | 15,018 | 4·14 |
| Ont.[7] | 1,305,410[8] | 7,679 | 5·88 | 476,964[9] | 3,674 | 7·70 | 394,927 | 3,094 | 7·83 | 1,929,699 | 2,561 | 1·33 | 4,107,000 | 17,008 | 4·14 |
| Man. | 310,403[10] | 2,667 | 8·59 | — | — | — | 17,147 | 222 | 12·95 | 399,450 | 1,013 | 2·54 | 727,000 | 3,902 | 5·37 |
| Sask. | — | — | — | 101,367 | 1,455[11] | 14·35 | 36,599 | 526[11] | 14·37 | 692,034 | 2,483[11] | 3·59 | 830,000 | 4,464[11] | 5·38 |
| Alb. | — | — | — | 213,077 | 2,433 | 11·42 | 28,886 | 439 | 15·20 | 558,037 | 2,292 | 4·11 | 800,000 | 5,164 | 6·46 |
| C.-B. | 442,350[12] | 2,351 | 5·31 | 91,000[13] | 1,045 | 11·48 | 20,000 | 239 | 11·95 | 449,650 | 2,296 | 4·91 | 1,003,000 | 5,841 | 5·82 |

[1] Les chiffres de la population des centres urbains (sauf certaines exceptions dans le Québec et le Nouveau-Brunswick) sont ceux du *Citizen's Research Institute*, 1946; ils sont fondés sur les rapports municipaux. Les estimations du Bureau fédéral de la statistique de la population des 9 provinces en 1946 sont employées aux fins d'assurer la comparabilité.

[2] Comprend les lits et les lits d'enfants mais ne comprend pas les moïses ou berceaux.

[3] Ces quotients de lits sont fondés sur les estimations de la population en 1946 (voir renvoi 1). D'après les estimations de 1947, les quotients auraient été les suivants: Canada, 4·50; Île du Prince-Édouard, 4·82; Nouvelle-Écosse, 4·04; Nouveau-Brunswick, 4·53; Québec, 4·05; Ontario, 4·06; Manitoba, 5·25; Saskatchewan, 5·30; Alberta, 6·28; Colombie-Britannique, 5·59.

[4] Halifax, y compris Dartmouth.

[5] Saint-Jean, y compris la population de Lancaster et de Simonds au recensement de 1941.

[6] Comprend la région métropolitaine de Montréal*.

[7] Quand les hôpitaux dont l'aménagement est prévu d'ici à la fin de 1948 seront complétés, le nombre de lits et les quotients s'établiront en Ontario comme il suit, pour les localités de différente importance; 10,387 (7·96); 5,887 (12·34); 4,442 (11·25); 3,933 (2·04); toutes les régions, 24,649 (6·00).

[8] Comprend la région métropolitaine de Toronto*.

[9] Comprend la région métropolitaine de Windsor*.

[10] Comprend la région métropolitaine de Winnipeg*.

[11] Capacité officielle en lits, telle qu'elle est déclarée au Bureau fédéral de la statistique par la Commission d'organisation des services de santé, plus 274 lits dans d'autres institutions pour les malades chroniques. En mai 1948, il y a 5,099 lits et lits d'enfants aménagés dans les hôpitaux publics de la Saskatchewan, ce qui correspond à 6·06 par 1,000 de population (estimations de 1947).

[12] Comprend la région métropolitaine de Vancouver*.

[13] Victoria, y compris Saanich et Oak Bay.

*Régions métropolitaines telles qu'elles sonts définies dans *Statistique comparative des finances publiques* de la Conférence fédérale-provinciale.

54975—7½

Les villes d'importance moyenne sont les mieux pourvues en hôpitaux, non seulement dans l'ensemble du pays mais aussi dans chaque province. Il y a près de 10 lits par 1,000 habitants dans les villes de 30,000 à 150,000, cependant que dans les villes de moindre importance, la proportion est de près de 9 lits par 1,000. Ces quotients font contraste avec ceux des grandes régions métropolitaines, où l'accroissement de la population n'a pas été suivi d'une augmentation correspondante de la capacité des hôpitaux, et la proportion n'est que de 6·5 lits par 1,000.

Les localités de moins de 10,000 comptent juste un peu moins de 2 lits par 1,000. Les variations les plus étendues entre provinces se produisent dans cette catégorie.

Les grands centres urbains du Canada semblent mieux pourvus en médecins qu'en hôpitaux. C'est évident si l'on compare le tableau 46 avec le tableau 4 qui indique la répartition des médecins par rapport à la population générale. L'expansion des régions métropolitaines est suivie d'un mouvement des médecins mais non pas d'une avance correspondante des facilités hospitalières.

Dans chaque province excepté l'Île du Prince-Édouard et le Nouveau-Brunswick, les plus grandes villes ont relativement plus de médecins et moins de lits d'hôpitaux que les petits centres.

En Nouvelle-Écosse, au Manitoba, en Saskatchewan et en Alberta, les villes de deuxième importance ont le plus de lits d'hôpitaux mais elles se placent au deuxième rang quant au nombre de médecins par rapport à la population.

Dans le Québec, les plus grandes villes ont la plus forte proportion de médecins mais elles tombent en troisième place quant à la capacité des hôpitaux; les villes de deuxième importance prennent la troisième place pour le nombre de médecins et la première quant au nombre de lits. Les petites villes tiennent le deuxième rang, tant pour le nombre de médecins que pour la capacité des hôpitaux.

En Ontario, les plus grandes villes sont les deuxièmes pour le nombre de médecins et les troisièmes pour la capacité des hôpitaux; les villes de deuxième importance ont relativement le plus de médecins, cependant qu'elles sont les deuxièmes quant au nombre de lits par rapport à la population. Les petites villes ont le plus de lits d'hôpitaux mais arrivent en troisième lieu au point de vue de la proportion de médecins.

La différence est encore plus prononcée en Colombie-Britannique: sur tous les centres urbains de 10,000 et plus, la plus grande région métropolitaine a le plus de médecins et le moins de lits d'hôpitaux cependant que la deuxième prend la deuxième place dans chaque cas. Les villes d'importance moindre ont moins de médecins et plus de lits que l'un ou l'autre des grands centres.

### Besoins hospitaliers

La suffisance des aménagements hospitaliers dans les différentes parties du pays ne peut être appréciée uniquement d'après le nombre de lits disponibles dans les localités de différente importance parce qu'une telle mesure ne tient pas compte de l'endroit ou sont situés les hôpitaux de différente importance et de différents genres.

Dans l'étude des besoins hospitaliers au point de vue du degré et du genre de soins nécessaires dans différentes régions, il faut tenir compte de multiples facteurs, notamment l'importance numérique et la densité de la population desservie, la répartition par âge, la natalité et la mortalité, la fréquence de la maladie et le personnel de santé disponible, les usages locaux, les moyens de transport, et les conditions économiques, y compris les moyens de défrayer les soins.

Des études approfondies de tous ces éléments, ainsi que des soins effectivement prodigués dans les hôpitaux, ont été faites en Grande-Bretagne et aux États-Unis, et plus récemment au Canada, afin d'évaluer les besoins hospitaliers et de dresser des plans visant à étendre et perfectionner les facilités de traitement.

L'évaluation des besoins nouveaux comporte généralement trois éléments. Il faut déterminer ou définir d'abord une norme générale quant au nombre de lits par rapport à la population. Il y a ensuite le problème de la répartition des lits de façon que certains genres d'aménagements soient disponibles aux endroits où le public en a besoin. Enfin, il faut faire un relevé des facilités existantes et établir dans quelle mesure elles correspondent à ce qui est considéré nécessaire pour assurer des soins suffisants.

Il a été constaté que la répartition des différents genres d'aménagements comporte la définition de "régions de services hospitaliers", dans lesquelles une série complète de services est fournie par un réseau d'aménagements dont la complexité augmente avec l'importance de la population desservie. Ces régions sont fondées sur les dispositions existantes, en vertu desquelles les habitants des régions éloignées viennent aux centres médicaux pour obtenir des soins hospitaliers spécialisés, mais elles tiennent aussi compte des besoins non satisfaits.

Bien que des estimations précises des besoins en nouveaux aménagements hospitaliers dans les différentes parties du pays ne puissent être établies qu'après une étude soigneuse de la situation dans chaque province, le besoin d'hôpitaux au Canada semble être le plus grand dans les grands centres médicaux, quoique plusieurs régions rurales aient besoin de petits hôpitaux pour assurer les soins essentiels. Parmi les différents genres d'aménagements, il semble exister un besoin particulier de nouveaux hôpitaux pour les malades chroniques et pour les convalescents.

En 1947, le Canada ne compte que 3,877 lits dans des institutions spéciales pour le soin des malades chroniques, soit seulement 0·3 par 1,000 de population. Quelques malades chroniques peuvent être soignés dans les hôpitaux de convalescence, mais les institutions de ce genre ne comprennent que 782 lits supplémentaires.

Bien des personnes souffrant de maladies chroniques ou prolongées sont soignées dans des hôpitaux de traitement actif; la création de genres de soins appropriés à ce groupe, par l'expansion des aménagements pour maladies chroniques, pourrait amener une augmentation des aménagements disponibles pour ceux qui souffrent de maladies aiguës dans bien des hôpitaux canadiens.

### Organisation des aménagements

L'établissement de nouveaux aménagements dans les cadres du régime hospitalier du Canada exige les efforts réunis de groupes non gouvernementaux et des autorités publiques.

Les hôpitaux non gouvernementaux sont établis en tant que corporations particulières; ils financent leurs aménagements au moyen de souscriptions particulières et d'emprunts remboursés à même les revenus des hôpitaux. Les autorités publiques les aident généralement, soit en les exemptant de taxes, en leur versant des subventions directes en bloc, en payant les déficits provenant de l'amortissement des dépenses de capital, ou en garantissant leurs obligations.

Les institutions sous administration publique obtiennent les fonds pour la construction et l'outillage en tant que partie du plan général relatif au financement des dépenses de capital des autorités publiques en question, qu'il s'agisse d'un organisme général de gouvernement ou d'un corps constitué spécialement pour fins hospitalières.

Les hôpitaux municipaux sont fréquemment organisés en corporations publiques; ils peuvent recevoir une aide de l'administration locale ou des échelons plus élevés de gouvernement selon les mêmes modes que les institutions non gouvernementales. Dans certaines provinces, les hôpitaux municipaux pour les maladies contagieuses sont financés entièrement à même les fonds municipaux.

### Coût des aménagements

Le coût des aménagements hospitaliers augmente considérablement depuis la guerre, ce qui reflète l'augmentation du coût de la main-d'œuvre et des matériaux de construction. La statistique canadienne de la construction ne fait pas de distinction entre les différents genres d'hôpitaux. Le tableau suivant indique les montants placés dans les aménagements de tous genres, y compris les hôpitaux pour maladies mentales et les sanatoriums pour tuberculeux; il donne le coût de la construction seulement, sans compter l'ameublement ni l'outillage.

Le ministère de la Reconstruction et des Approvisionnements estime à plus de 7 millions de dollars les dépenses supplémentaires faites en 1947 pour meubler et outiller les hôpitaux. Le même ministère prévoit pour 1948 un total de près de 65 millions de dollars en dépenses de capital, de réparations et d'entretien, dont plus de 10 millions pour l'outillage.

TABLEAU 47—DÉPENSES POUR LA CONSTRUCTION D'HÔPITAUX DE TOUS GENRES, 1946 ET 1947

(Source: Division du recensement de l'industrie et du commerce, Bureau fédéral de la statistique)

(en milliers de dollars)

| Année | Nouvelles constructions | Modifications, entretien et réparations | Total |
|---|---|---|---|
| 1946 | 18,641 | 3,511 | 22,152 |
| 1947 | 25,907 | 1,023 | 26,930 |

Le coût de la construction est généralement exprimé en moyenne par pied cube, mais des moyennes approximatives peuvent être établies du coût par lit ou l'équivalent d'un lit. En Ontario, où le gouvernement provincial administre un programme de subventions à la construction, le coût varie de $7,000 à $8,000 par lit en 1948. Dans les petits hôpitaux d'Alberta, la même année, le coût est d'environ $5,000 par lit.

Le coût de la construction des hôpitaux pour les maladies mentales et pour la tuberculose est acquitté à peu près en entier au moyen des fonds publics, mais les autres sources jouent un rôle plus important dans l'expansion des aménagements d'hôpitaux généraux.

Vu les formes variées que revêt l'appui public, il est impossible de faire une estimation précise des dépenses publiques pour la construction et l'outillage des hôpitaux généraux.

Ces dépenses se reflètent en partie dans les subventions à la construction d'hôpitaux, accordées par les différentes administrations. Mais pour assurer les services hospitaliers, il faut disposer d'aménagements et d'outillage appropriés; une bonne portion du coût de ces derniers est incluse dans les dépenses ordinaires d'hospitalisation, qui sont partiellement défrayées par l'apport du public aux recettes d'exploitation.

A mesure que la participation aux programmes de soins hospitaliers prendra plus d'importance comme fonction du gouvernement, les dispositions financières en viendront peut-être à n'être plus considérées que simple partie des programmes à longue portée destinés à défrayer les soins hospitaliers. Ce mode de paiement exige l'examen des besoins changeants des hôpitaux de divers genres et il peut supposer une responsabilité publique étendue en ce qui concerne la détermination de l'importance et du genre des nouveaux aménagements projetés.

### Initiatives fédérales

En plus de pourvoir à des hôpitaux pour les personnes dont la santé est devenue une responsabilité de l'État, le gouvernement fédéral collabore à l'organisation d'aménagements hospitaliers en tant que partie du programme général de subventions à l'hygiène accordées aux gouvernements provinciaux.

Une partie de la subvention à l'enquête en matière d'hygiène est consacrée au programme d'organisation hospitalière et, dans l'administration de cette subvention, le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social a convoqué en conférence les autorités provinciales de santé et a pris d'autres mesures pour encourager l'échange de renseignements sur les programmes et les méthodes des provinces.

Quant à la construction d'hôpitaux, le gouvernement fédéral accorde des subventions de $1,000 par lit de traitement actif et $1,500 par lit de maladie chronique ou de convalescence; la contribution totale du gouvernement fédéral est limitée à 13 millions de dollars par an. Les gouvernements provinciaux doivent fournir autant que le gouvernement fédéral; la part de ce dernier ne doit pas dépasser un tiers du coût total par lit pour tout projet.

En mettant cette aide à la disposition des provinces, le gouvernement fédéral reconnaît qu'une telle organisation est une condition préalable à l'établissement satisfaisant de l'assurance-santé. La rareté de lits d'hôpitaux avait été reconnue en 1945 lorsque le gouvernement fédéral, dans ses propositions sur l'assurance-santé, avait offert de mettre à la disposition des provinces des prêts à intérêt minime pour les aider à augmenter la capacité en lits. En 1948, il est considéré que de tels prêts n'encouragent pas suffisamment la construction d'hôpitaux à l'échelle nécessaire et le régime de subventions franches est introduit.

Le gouvernement fédéral recommande qu'à la fin des cinq premières années, la situation soit passée en revue et les engagements relatifs à la construction d'hôpitaux modifiés en conséquence.

Le maximum que chaque province peut obtenir annuellement est déterminé d'après les dernières estimations de la population entre les recensements; la subvention de la première année est répartie de la manière suivante:

SUBVENTION À LA CONSTRUCTION D'HÔPITAUX, 1948-1949

(en milliers de dollars)

| | |
|---|---|
| Île du Prince-Édouard | 97·3 |
| Nouvelle-Écosse | 642·9 |
| Nouveau-Brunswick | 508·3 |
| Québec | 3,842·7 |
| Ontario | 4,336·4 |
| Manitoba | 769·2 |
| Saskatchewan | 871·6 |
| Alberta | 850·9 |
| Colombie-Britannique | 1,080·7 |
| Coût total au gouvernement fédéral | **13,000·0** |

La subvention peut être appliquée à la construction d'hôpitaux de différents genres; les lits pour les tuberculeux et pour les malades mentaux sont classés avec les lits pour les malades chroniques et les convalescents.

Aux fins de la subvention, trois compartiments de pouponnière équivalent à un lit, et l'équivalent d'un lit est défini en superficie de plancher pour les petits "centres d'hygiène" et les "unités infirmières" où la capacité normale est de moins de 8 lits.

### Initiatives provinciales et locales

Les autorités provinciales et locales participent dans une mesure très variée à l'organisation et à l'entretien des aménagements hospitaliers. Depuis quelques années, les fonctions traditionnelles d'inspection des hôpitaux et de participation aux frais revêtent plus d'importance. En même temps, les autorités publiques se chargent de nouvelles fonctions, y compris l'administration de mesures directes pour réglementer l'emplacement des aménagements et les normes de construction.

Toutes les provinces encouragent l'établissement d'hôpitaux dans les régions où ils sont le plus nécessaires, et de vastes enquêtes ont été entreprises dans plusieurs provinces afin d'établir le degré réel des besoins en aménagements hospitaliers.

L'organisation hospitalière est très avancée en Saskatchewan, au Manitoba, en Ontario et en Colombie-Britannique. Toutes les provinces se sont mises à l'œuvre dans ce domaine depuis juillet 1948, lors de l'entrée en vigueur du programme fédéral de subventions à l'hygiène.

Dans le domaine de la construction d'hôpitaux, l'activité est plus variée; elle est résumée brièvement plus bas.

*Île du Prince-Édouard*—La capacité des hôpitaux de l'Île du Prince-Édouard est augmentée par la construction d'un nouveau pavillon à l'hôpital général de Charlottetown.

*Nouvelle-Écosse*—A la fin de 1948, six nouveaux projets sont en chantier, par suite de la mise en application de la subvention fédérale à la construction d'hôpitaux.

Le nouvel hôpital général Victoria, de 400 lits, possédé et dirigé par le ministère provincial de la Santé, est ouvert le 24 mai 1948.

*Nouveau-Brunswick*—La Division des services hospitaliers du ministère provincial de la Santé est chargée de l'organisation hospitalière et de l'amélioration des aménagements ainsi que de l'inspection des hôpitaux et de l'administration des octrois selon un tarif quotidien pour les soins hospitaliers. Les subventions à la construction d'hôpitaux sont administrées directement par le gouvernement.

Une Commission d'organisation hospitalière, qui représente toutes les classes, fonctionne au Nouveau-Brunswick depuis 1947. En collaboration avec la Division des services hospitaliers, elle a étudié les questions relatives à l'organisation et à la mise en service des aménagements.

*Québec*—La province de Québec aide à la construction des hôpitaux en vertu d'un régime sous lequel la province garantit les obligations des hôpitaux. Ce régime peut se résumer ainsi:

Une corporation d'hôpital, pour fins de construction, émet deux séries de débentures: *a*) une première garantie par hypothèque sur les biens de la corporation; *b*) une deuxième, garantie par octrois de la province, payables sur des périodes variant de 5 à 20 ans.

Pour les fins de finance, les corporations cèdent et transportent ces octrois à une société de fiducie; et lorsque l'acte de fiducie est signé par le ministre de la Santé, ou son représentant autorisé par l'arrêté ministériel pourvoyant au paiement de cet octroi, la corporation émet des obligations, lesquelles portent un certificat du ministre de la Santé, à l'effet que l'émission mentionnée est entièrement garantie par le transport d'un octroi que la province de Québec a accordé à ladite corporation, en vertu d'un arrêté ministériel en date du.....et portant le numéro..... conformément aux dispositions de la loi de l'assistance publique de Québec.

La signature de l'acte de fiducie et du certificat plus haut mentionné comporte une garantie suffisante pour les porteurs d'obligations et en même temps procure aux dites corporations l'avantage de vendre des obligations rapidement et à un taux d'intérêt très bas.

*Ontario*—Les autorités des hôpitaux publics et non gouvernementaux sont chargées de mettre les aménagements sur pied; le gouvernement provincial participe à l'organisation hospitalière et encourage la création des aménagements nécessaires par un régime de subventions d'établissement.

Le gouvernement provincial accorde des subventions d'établissement depuis le 1er avril 1947. Les subventions aux hôpitaux généraux sont versées à raison de $1,000 par lit plus $1,000 par trois compartiments de pouponnière, la subvention totale ne devant pas dépasser 25 p. 100 du coût. Les subventions aux hôpitaux de maladies chroniques et de convalescence, qui ne doivent pas dépasser 50 p. 100 du coût, sont accordées à raison de $2,000 par lit.

Du 1er avril 1947 au 31 décembre 1948, la province d'Ontario verse $1,602,000 en subventions à la construction d'hôpitaux et elle s'engage en outre pour $4,519,000. Les projets subventionnés comprennent 773 lits dans des constructions terminées, 3,122 dans des entreprises en chantier et 3,736 dans des constructions projetées.

Durant la même période, les municipalités versent $1,035,000 outre des sommes non versées au total de $19,486,000. Ces subventions s'appliquent à 5,607 des lits inscrits aux projets qui reçoivent des subventions provinciales.

Un renvoi au tableau 46 indique l'effet de ces constructions sur la répartition des hôpitaux entre les localités de différentes populations.

*Manitoba*—Les dispositions établies en vue de défrayer la construction d'hôpitaux sont prises en vertu de la loi sur les services de santé, qui est décrite en général au chapitre sur l'*Assurance-santé*. Aux termes de la loi, la province est chargée d'établir les aménagements et de maintenir les normes.

La province est divisée en régions et celles-ci en districts aux fins de l'administration, de la construction et de l'entretien des hôpitaux.

Un district, composé de plusieurs municipalités ou parties de municipalités, entre en existence lorsqu'il est organisé en vertu de la loi et qu'un plan administratif et financier a été approuvé par la Commission des municipalités et des utilités publiques par 60 p. 100 des contribuables du district et par le ministre de la Santé et du Bien-être public. Les Bureaux de district peuvent lever des fonds jusqu'à concurrence du montant prévu au plan en demandant à chaque municipalité intéressée de fournir le montant dont elle est responsable.

Contrairement aux taxes pour les autres services d'hygiène, les taxes d'hôpital sont imposées sur des valeurs de cotisation uniformisées dans les régions incluses et elles se limitent à des maximums déterminés.

Lorsqu'un hôpital est construit en tant qu'institution municipale, la région circonvoisine de l'hôpital paiera un plus fort pourcentage des frais de premier établissement que le reste du district. Cela peut comporter un impôt plus élevé sur les évaluations uniformisées dans les municipalités ou parties de municipalités les plus proches de l'hôpital.

En vertu de la loi sur les services de santé, des dispositions sont prises pour inclure plusieurs unités hospitalières dans le même district. S'il est jugé bon de créer des unités plus petites sous la dépendance de l'hôpital de district, le coût des petites unités et celui de l'hôpital central desservant toute la région sont inclus dans le même projet et les montants nécessaires sont répartis entre tout le district selon l'évaluation uniformisée.

Avant de commencer la construction, il faut que tous les plans soient définitivement approuvés par le ministre.

Antérieurement aux subventions fédérales à la construction d'hôpitaux, lorsque le Manitoba convint de verser autant que le fédéral, la province ne contribuait pour rien à la construction des hôpitaux.

*Saskatchewan*—La Division de l'organisation et de l'administration des hôpitaux de la Commission d'organisation des services de santé a la responsabilité provinciale quant à l'organisation des hôpitaux et à la mise au point et à l'inspection des aménagements.

La loi des hôpitaux unis permet que des hôpitaux soient construits et dirigés par des bureaux qui représentent les municipalités ou parties de municipalités comprises dans un district d'hôpital uni.

La loi, adoptée originairement en 1917 et basée sur des lois précédentes, pourvoit au rouage nécessaire

à l'établissement de districts par le Bureau provincial d'administration locale. Les frais sont acquittés au moyen d'une taxe imposée aux municipalités selon l'évaluation uniformisée, chaque municipalité devant fournir au district sa part du budget annuel total.

La loi est modifiée en 1948 de façon à permettre aux districts de s'agrandir en s'incorporant les régions voisines et aux districts séparés de se fusionner.

En vertu de la loi, un groupe d'hôpitaux peuvent être financés conjointement et administrés par un même bureau. Ce genre d'organisation n'est en vigueur que dans une région à la fin de 1948.

Le nombre de districts d'hôpitaux unis passe de 26 en 1944 à 78 à la fin de 1948, alors que 280,000 personnes sont desservies. C'est 40 p. 100 de la population en dehors des quatre principales villes.

En vertu de la loi des services de santé, le gouvernement provincial peut contribuer à payer les frais de premier établissement des hôpitaux sous l'administration publique.

Des subventions et des prêts au total approximatif d'un million de dollars sont accordés aux autorités locales du 1er mai 1944 au 31 mars 1949 pour la construction d'hôpitaux. En 1947-1948, les prêts et subventions s'élèvent à $329,000.

La Commission d'organisation des services de santé, chargée de l'application de la loi des hôpitaux unis de même que des normes hospitalières et de l'administration des subventions à la construction d'hôpitaux, dirige aussi le programme provincial d'assurance hospitalière. L'expérience des différents hôpitaux qui participent au système de services hospitaliers de la Saskatchewan sert à déterminer le besoin relatif de nouveaux aménagements. Les paiements pour les soins hospitaliers se font d'après un tarif qui tient compte de la dépréciation des édifices et de l'outillage mais non du remboursement du principal ni du service de la dette. Les tarifs hospitaliers sont fixés par la Commission sur l'avis de la Division de l'organisation et de l'administration des hôpitaux.

*Alberta*—La province d'Alberta a un régime étendu d'aménagements hospitaliers possédés et dirigés par les autorités municipales.

Les districts d'hôpital, établis en vertu de la loi des hôpitaux municipaux, peuvent comprendre plusieurs municipalités ou parties de municipalité.

Ils peuvent être établis par le ministre de la Santé directement par décret ministériel, ou après la réception de pétitions des contribuables des municipalités intéressées.

Les programmes hospitaliers municipaux de l'Alberta comprennent l'administration aussi bien que la construction des hôpitaux; les contribuables du district paient des taxes pour couvrir les dépenses d'établissement et une partie du coût de l'administration. Les dispositions relatives aux soins hospitaliers en vertu de ces programmes sont décrites au chapitre sur l'*Assurance-santé*.

En 1948, au delà de 19 millions d'acres de terres agricoles sont cotisées pour fins hospitalières; l'impôt moyen est de 4·92 millièmes. Plus d'un tiers de la population de la province est desservie; 52 hôpitaux fonctionnent et 3 sont en voie de construction.

En 1948, la construction de nouveaux hôpitaux municipaux en Alberta coûte de $4,000 à près de $6,000 par lit. Quatre hôpitaux avec un total de 85 lits sont construits au coût moyen de $4,910 par lit.

L'agrandissement des hôpitaux existants représente 127 nouveaux lits dans 3 hôpitaux, au coût moyen de $2,520 par lit. De plus, le coût de déménager un hôpital du C.A.R.C. de 25 lits s'élève à $1,200 par lit.

Durant l'année, la capacité totale augmente de 237 lits, au coût total de $767,350.

*Colombie-Britannique*—Le Service provincial d'assurance-hospitalisation organise en 1948 une enquête sur les aménagements et les services hospitaliers de la Colombie-Britannique afin de formuler un programme à long terme devant servir de guide aux initiatives futures.

En attendant le rapport de l'enquête, la construction de nouveaux hôpitaux reste en suspens dans la province, sauf pour les hôpitaux qui étaient déjà en chantier quand le relevé a commencé.

A la fin de 1948, les hôpitaux en voie de construction en Colombie-Britannique représentent 422 lits.

La loi de l'assurance-hospitalisation pourvoit à la constitution d'une caisse d'assurance-hospitalisation qui fera des avances aux hôpitaux pour les aider à défrayer la construction et l'outillage.

Aucune subvention particulière n'a encore été accordée à même ce fonds à la fin de 1948.

Les paiements pour soins hospitaliers en vertu du programme d'assurance comprennent la dépréciation des édifices et de l'outillage là où il existe des dispositions pour la constitution de réserves pour dépréciation.

Le chapitre sur l'*Assurance-santé* contient une description du service d'assurance-hospitalisation.

## SOINS HOSPITALIERS

Les hôpitaux publics du Canada maintiennent une série étendue de services pour les malades alités et externes. Le premier groupe compte 1,630,759 malades qui reçoivent 17,183,332 jours de soins en 1947, soit une moyenne de 10·5 jours par malade ou 1·4 jour par tête de population générale.

Le nombre moyen de malades en soin à un temps donné est de 47,078.

Le séjour moyen par malade est le plus élevé dans Québec, à cause peut-être du nombre de malades chroniques traités dans les hôpitaux généraux. L'hospitalisation par tête est le plus élevée dans les provinces de l'Ouest, surtout l'Alberta et la Colombie-Britannique.

Le tableau 48 indique l'importance des soins donnés aux malades alités dans les hôpitaux publics en 1947.

TABLEAU 48—MALADES EN SOIN ET SÉJOUR MOYEN PAR MALADE DANS LES HÔPITAUX PUBLICS[1] DU CANADA, 1947

(SOURCE: Division de la santé et du bien-être, Bureau fédéral de la statistique)

| — | Malades en soin durant l'année | Nombre de jours-malades | Séjour moyen | Moyenne de malades en soin | Jours-malades par tête (population totale) |
|---|---|---|---|---|---|
| **CANADA** | **1,630,759** | **17,183,332** | **10·5** | **47,078** | **1·4** |
| Île du Prince-Édouard | 14,525 | 137,820 | 9·5 | 378 | 1·5 |
| Nouvelle-Écosse | 83,162 | 794,172 | 9·5 | 2,176 | 1·3 |
| Nouveau-Brunswick | 66,113 | 651,833 | 9·9 | 1,786 | 1·3 |
| Québec | 318,916 | 4,200,174 | 13·2 | 11,507 | 1·1 |
| Ontario | 551,417 | 5,536,271 | 10·0 | 15,167 | 1·3 |
| Manitoba | 109,375 | 1,045,597 | 9·6 | 2,865 | 1·4 |
| Saskatchewan | 150,953 | 1,543,580 | 10·2 | 4,229 | 1·8 |
| Alberta | 159,537 | 1,489,788 | 9·3 | 4,082 | 1·8 |
| Colombie-Britannique | 176,761 | 1,784,097 | 10·1 | 4,888 | 1·7 |

[1] Fondé sur les rapports reçus de 644 hôpitaux. Ces institutions représentent 54,931 lits, ainsi répartis: Île du Prince-Édouard, 459; Nouvelle-Écosse, 2,435; Nouveau-Brunswick, 2,162; Québec, 13,572; Ontario, 16,977; Manitoba, 3,478; Saskatchewan, 4,940; Alberta, 4,996; Colombie-Britannique, 5,912.

Outre le soin des malades hospitalisés, plusieurs hôpitaux généraux du Canada maintiennent une grande variété de services pour les patients externes.

Il n'existe pas de statistiques comparables pour un grand nombre d'années mais la somme de soins procurés aux malades externes semble avoir diminué durant les dernières années 1930 et les premières années de la guerre et avoir remonté constamment depuis 1942.

En 1947, 53 services des malades externes des hôpitaux canadiens déclarent 870,141 malades qui reçoivent un total de 1,615,692 traitements. La chirurgie générale représente 18 p. 100 de ce total; la médecine générale, 11 p. 100; les maladies des yeux, des oreilles, du nez et de la gorge, 10 p. 100; et les maladies vénériennes, 9 p. 100.

Le progrès de la science et les changements dans la pratique médicale tendent à raccourcir la durée moyenne de séjour à l'hôpital, cependant que l'expansion des programmes d'assurance contribue à la même fin en augmentant le nombre de cas aigus et bénins hospitalisés.

Ces éléments sont neutralisés dans une certaine mesure par l'importance croissante de la maladie chronique dans la somme totale des soins hospitaliers.

Des raisons autres que la nécessité médicale peuvent allonger la durée du séjour dans certains cas. Les difficultés de transport peuvent nuire à la prompte sortie des malades âgés, surtout en hiver. Le manque d'autres aménagements convenables, surtout pour les malades chroniques, semble être une cause plus importante de l'hospitalisation prolongée sans nécessité.

Une étude faite en Colombie-Britannique en décembre 1946 indique que, sur la population des hôpitaux généraux, 2 malades sur 15 sont en convalescence ou à l'hôpital sans nécessité. Les deux tiers de ce groupe, soit 8·4 p. 100 de tous les cas, auraient pu être soignés dans d'autres institutions ou par d'autres genres de traitement.

Le gouvernement provincial de la Colombie-Britannique maintient un service d'évacuation des hôpitaux afin de réduire les frais d'hospitalisation et de remédier au manque de lits causé par le fait que le séjour de ces malades dans les hôpitaux est prolongé au delà de la nécessité.

Les avantages du nouveau programme d'assurance hospitalière en Colombie-Britannique se limitent aux cas de maladie aiguë et les personnes souffrant d'affection chronique seulement ne sont pas traitées en vertu de ce programme.

En Saskatchewan, une revue d'office des cas de long séjour s'effectue subordonnément au programme provincial de services hospitaliers.

### AGE ET SEXE DES MALADES HOSPITALISÉS

Le tableau 49 indique les soins hospitaliers donnés dans les hôpitaux-écoles d'Ontario et ceux qui sont disponibles en vertu du système de services hospitaliers de la Saskatchewan, selon l'âge et le sexe, comparativement aux données de population des deux provinces.

D'après l'hospitalisation dans les hôpitaux-écoles d'Ontario et les soins donnés en vertu du système de services hospitaliers de la Saskatchewan en 1947, il est évident que le plus grand besoin de soins hospitaliers se fait sentir dans le groupe d'âge de 15-44 ans, qui compte plus de la moitié de tous les cas hospitalisés et plus de 40 p. 100 du nombre de jours-malades durant l'année. Parmi les femmes, ce groupe comprend, en Saskatchewan, 64 p. 100 des cas et 57 p. 100 des jours-

TABLEAU 49—COMPARAISON DE LA RÉPARTITION PAR ÂGE ET SEXE DES JOURS-MALADES ET DES CAS LICENCIÉS DES HÔPITAUX-ÉCOLES D'ONTARIO AVEC CEUX TRAITÉS EN VERTU DU SYSTÈME DES SERVICES HOSPITALIERS DE LA SASKATCHEWAN, 1947[1]

| — | 0-14 | | | 15-44 | | | 45-64 | | | 65 et plus | | | Total | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Hommes | Femmes | Total | Hommes | Femmes | Total | Hommes | Femmes | Total | Hommes | Femmes | Total | Hommes | Femmes | Total |
| ONTARIO (8 hôpitaux-écoles) | | | | | | | | | | | | | | | |
| *Jours-malades* | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre | 116,281 | 79,531 | 195,812 | 167,435 | 332,276 | 499,711 | 178,617 | 162,704 | 341,321 | 135,105 | 128,429 | 263,534 | 597,438 | 702,940 | 1,300,378 |
| Pourcentage | 19·5 | 11·3 | 15·1 | 28·0 | 47·3 | 38·4 | 29·9 | 23·1 | 26·2 | 22·6 | 18·3 | 20·3 | 100·0 | 100·0 | 100·0 |
| *Cas* | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre | 11,853 | 9,260 | 21,113 | 13,425 | 34,200 | 47,625 | 10,304 | 9,939 | 20,243 | 6,100 | 5,231 | 11,331 | 41,682 | 58,630 | 100,312 |
| Pourcentage | 28·5 | 15·8 | 21·0 | 32·2 | 58·3 | 47·5 | 24·7 | 17·0 | 20·2 | 14·6 | 8·9 | 11·3 | 100·0 | 100·0 | 100·0 |
| SASKATCHEWAN | | | | | | | | | | | | | | | |
| *Jours-malades* | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre | 86,644 | 72,695 | 159,339 | 131,565 | 412,768 | 544,333 | 137,336 | 146,895 | 284,231 | 137,201 | 96,349 | 233,550 | 492,746 | 728,707 | 1,221,453 |
| Pourcentage | 17·6 | 10·0 | 13·0 | 26·7 | 56·6 | 44·6 | 27·9 | 20·2 | 23·3 | 27·8 | 13·2 | 19·1 | 100·0 | 100·0 | 100·0 |
| *Cas* | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre | 13,409 | 11,658 | 25,058 | 15,369 | 48,367 | 63,736 | 10,065 | 10,759 | 20,824 | 7,242 | 5,091 | 12,333 | 46,076 | 75,875 | 121,951 |
| Pourcentage | 29·1 | 15·4 | 20·6 | 33·4 | 63·7 | 52·3 | 21·8 | 14·2 | 17·1 | 15·7 | 6·7 | 10·0 | 100·0 | 100·0 | 100·0 |
| *Taux par 1,000 de population* | | | | | | | | | | | | | | | |
| Jours | 747 | 652 | 700 | 738 | 2,352 | 1,539 | 1,688 | 2,320 | 1,964 | 4,314 | 4,233 | 4,280 | 1,210 | 1,953 | 1,565 |
| Cas | 116 | 104 | 110 | 86 | 276 | 180 | 124 | 170 | 144 | 228 | 224 | 226 | 113 | 203 | 156 |
| Population provinciale ONTARIO (en milliers) | 532·7 | 511·8 | 1,044·5 | 969·3 | 955·4 | 1,924·7 | 440·9 | 423·7 | 864·6 | 170·1 | 185·1 | 355·2 | 2,131·0 | 2,076·0 | 4,189·0 |
| Pourcentage | 25·2 | 24·7 | 24·9 | 45·9 | 46·0 | 46·0 | 20·9 | 20·4 | 20·6 | 8·0 | 8·9 | 8·5 | 100·0 | 100·0 | 100·0 |
| Population servie SASKATCHEWAN (en milliers) | 116·0 | 111·6 | 227·5 | 178·2 | 175·5 | 353·7 | 81·4 | 63·3 | 144·7 | 31·8 | 22·8 | 54·6 | 407·3 | 373·1 | 780·4 |
| Pourcentage | 28·5 | 29·9 | 29·1 | 43·7 | 47·0 | 45·3 | 20·0 | 17·0 | 18·6 | 7·8 | 6·1 | 7·0 | 100·0 | 100·0 | 100·0 |

[1] Fondé sur le *Rapport des hôpitaux et sanatoriums publics, 1947* pour l'Ontario et le *Rapport sur le fonctionnement du système de services hospitaliers de la Saskatchewan, 1947*. Les soins aux nouveau-nés sont exclus partout.

malades contre 58 p. 100 des cas et 47 p. 100 des jours-malades chez les femmes en Ontario. Ces chiffres reflètent la forte proportion des cas de maternité hospitalisés dans ces deux provinces; le tableau 18 indique aussi la même tendance, exprimée en naissances dans les institutions.

Les personnes de plus de 65 ans, qui forment 8·5 p. 100 de la population ontarienne et 7·0 p. 100 du groupe observé en Saskatchewan, reçoivent un cinquième du nombre de jours de soins donnés. Le séjour prolongé, caractéristique des maladies chroniques, se reflète dans le fait que ce groupe ne compte que 10 p. 100 de tous les cas.

En plus des frais d'établissement et des octrois aux hôpitaux sous forme de subventions spéciales, exemptions de taxes ou garanties de dettes, la contribution des provinces et des municipalités aux recettes des hôpitaux canadiens s'élève à plus de $17,300,000 en 1946. C'est 22 p. 100 des dépenses totales d'entretien, qui sont défrayées principalement par l'apport des malades payants.

Le tableau 50 donne la dépense des hôpitaux publics (pour maladies aiguës) du Canada en 1946, ainsi qu'une analyse de l'origine de leurs fonds.

Les frais d'administration hospitalière augmentent vivement depuis 1946. En Ontario, ils passent de

TABLEAU 50—DÉPENSE ET SOURCES DES FONDS DES HÔPITAUX GÉNÉRAUX PUBLICS[1], 1946

(SOURCE: Division de la santé et du bien-être, Bureau fédéral de la statistique)

(en milliers de dollars)

| — | Dépense totale d'entretien[2] (dépréciation et intérêt non compris) | Sources des fonds | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Province | Municipalités | Autres subvention | Recettes nettes reçues des malades[3] | Total, recettes ordinaires | Autres recettes spéciales et de capital[4] | Recettes totales |
| **CANADA** | **78,464** | **8,069** | **9,544** | **409** | **60,063** | **78,065** | **8,175** | **86,260** |
| Île du Prince-Édouard | 302 | 15[5] | 3 | 7 | 292 | 317 | 38 | 355[5] |
| Nouvelle-Écosse | 3,291 | 401[6] | 128 | 15 | 2,679[6] | 3,223[6] | 201 | 3,424[6] |
| Nouveau-Brunswick | 2,397 | 43[7] | 185 | 4 | 2,241 | 2,473 | 215 | 2,688 |
| Québec | 19,304 | 1,976[8] | 2,167[8] | 124 | 14,396 | 18,663 | 3,277 | 21,940[8] |
| Ontario | 26,580 | 1,450 | 3,133 | 44 | 22,425 | 27,052 | 2,378 | 29,430 |
| Manitoba | 4,550 | 315[9,10] | 379[9,10] | 50 | 3,667[10] | 4,411[9] | 269 | 4,680[9] |
| Saskatchewan | 5,336 | 1,166[11,12] | 1,467[11,12] | 4 | 2,843[11,12] | 5,480 | 269 | 5,749 |
| Alberta | 6,769 | 1,496[13] | 949 | 82 | 4,232[3,13] | 6,759 | 527 | 7,286 |
| Colombie-Britannique | 9,935 | 1,207 | 1,133 | 79 | 7,288 | 9,707 | 1,001[14] | 10,708[14] |

[1] Ne comprend pas 69 hôpitaux (2,613 lits) qui ne font pas rapport en 1946, dont 10 (1,071 lits) dans Québec et 29 (976 lits) en Ontario. Les hôpitaux pour incurables sont exclus mais les frais des unités de tuberculose dans les hôpitaux généraux sont inclus, excepté celles de la Nouvelle-Écosse durant la seconde moitié de 1946, alors que le gouvernement provincial en payait les frais. Parmi les hôpitaux qui ne font pas rapport, 37 institutions (539 lits) sont dirigées par la Croix-rouge canadienne et leurs frais d'entretien s'élèvent à 838; les malades payants en versent environ 485, et les gouvernements provinciaux, 26. Les autres hôpitaux qui ne font pas rapport déboursent environ 1,943, dont ils reçoivent environ 196 de sources provinciales et 402 de sources municipales. Les hôpitaux pour incurables dépensent approximativement 2,700, dont environ 833 sont obtenus de fonds provinciaux et 820 de fonds municipaux. La dépense totale des hôpitaux qui ne font pas rapport et des hôpitaux pour incurables est donc estimée à 5,481 dont 1,055 sont fournis par les provinces et 1,222 par les municipalités.

L'exclusion de ces versements est partiellement compensée par l'inclusion des unités de tuberculose des hôpitaux généraux. Les frais de ces derniers s'élèvent à 1,555 approximativement, ainsi répartis: Nouvelle Écosse, 57; Québec, 1,015 et Manitoba, 213. L'estimation du Manitoba représente les dépenses de la cité de Winnipeg et peut comprendre les subventions provinciales d'environ 28. L'estimation de la Nouvelle-Écosse représente le coût durant la première moitié de l'année seulement.

[2] Vu le manque d'uniformité dans les méthodes de déclarer la dépréciation, les dépenses à cette fin ainsi que le service de la dette et du fonds d'amortissement sont exclus autant que possible. La dépréciation déclarée s'élève à 4,586 et l'intérêt, à 2,144. Ces paiements sont répartis ainsi: Île du Prince-Édouard, 51; Nouvelle-Écosse, 317; Nouveau-Brunswick, 281; Québec, 2,353; Ontario, 2,005; Manitoba, 263; Saskatchewan, 454; Alberta, 409; Colombie-Britannique, 597.

[3] Comprend probablement certains montants versés par les districts municipaux d'hôpital.

[4] Comprend les subventions gouvernementales pour dépenses d'établissement et les dons de particuliers, autres que ceux des Caisses de bienfaisance et organismes du même genre, qui paraissent sous "Autres subventions".

[5] Ne comprend pas 32 payés par la province pour le soin des victimes de la poliomyélite au sanatorium provincial.

[6] Corrigé d'après les comptes publics provinciaux. Comprend l'hôpital général Victoria, pour lequel la province dépense 245 et les sommes reçues des malades, y compris les paiements municipaux, sont de 333. Ne comprend pas 57 pour le soin des tuberculeux dans les hôpitaux généraux.

[7] Comprend le dispensaire provincial de poliomyélite, 23.

[8] Après un transfert de 1,976 de la province aux municipalités, vu que ces dernières paient à la province leur part du coût. En vertu de la loi de l'assistance publique, les contributions provinciales et municipales sont égales, mais dans certains cas, la province verse la part de la municipalité, de sorte qu'un transfert de la moitié du montant provincial déclaré par les hôpitaux peut indiquer une dépense municipale trop élevée. La somme municipale est aussi corrigée selon des renseignements reçus de la cité de Montréal.

[9] Après déduction de 213 dépensés pour l'hôpital King-Edward (tuberculeux), y compris 28 de subventions provinciales et 185 de versements municipaux.

[10] Après un transfert de 45 (versements provinciaux aux hôpitaux) de "Recettes nettes reçues des malades" à la colonne provinciale, qui comprend aussi 15 de subventions spéciales aux hôpitaux généraux.

[11] Après un transfert de 565 payés par la province pour le soin de groupes spéciaux et déclarés comme "Recettes nettes reçues des malades". Les dépenses municipales d'hospitalisation de 1,081, y compris les subventions aux hôpitaux, la taxe des hôpitaux unis et les honoraires d'hôpital pour les indigents, sont transférés de "Recettes nettes reçues des malades" à "Municipalités".

[12] Après le transfert de 197 payés par la région de santé nº 1 et de 107 payés par la région de santé nº 3 pour les honoraires des malades aux municipalités, et de 25 payés à la région de santé nº 3 pour les soins hospitaliers à la colonne provinciale.

[13] Après le transfert de 745 payés par la province pour soins aux mères, et inscrits comme "Recettes nettes reçues des malades".

[14] Corrigé pour exclure les subventions provinciales aux unités de tuberculose des hôpitaux généraux.

30 millions de dollars en 1946 à 35 millions en 1947 pour tous les hôpitaux généraux. Les subventions provinciales s'élèvent à $1,937,378 en 1947, tandis que les municipalités contribuent $3,779,519 aux soins des malades et $556,684 aux frais d'établissement.

Voici l'importance relative des diverses sources de revenu en Ontario: les malades paient 57·3 p. 100 de tous les jours de soins qu'ils reçoivent; les municipalités contribuent 18 p. 100 en vertu des ententes relatives au traitement des indigents; la Croix-bleue fournit 13·6 p. 100 en faveur de ses abonnés; et 11·1 p. 100 proviennent des paiements d'autres sources.

En Colombie-Britannique, les dépenses totales des hôpitaux, à l'exclusion de la dépréciation et du service de la dette, s'élèvent à $12,503,166 en 1947, soit une augmentation de plus de 25 p. 100 comparativement à 1946. En 1947, les contributions provinciales s'élèvent à $1,584,710 et les paiements municipaux, à $1,474,684.

### Paiements des frais de soins

Dans toutes les provinces, sauf la Saskatchewan et la Colombie-Britannique, où des programmes d'assurance-santé sont en vigueur, les malades paient pour les services qu'ils reçoivent. Ceux qui ne peuvent pas payer sont soignés dans les salles publiques, ordinairement aux frais de la province et de la municipalité où ils ont leur résidence juridique. Dans le cas des indigents, l'hôpital, la municipalité ou les deux exigent une enquête sur leurs ressources. Dans toutes les provinces, les services de malades externes sont donnés après un examen des ressources.

En Saskatchewan et en Colombie-Britannique, des lits dans les salles publiques et des services spéciaux sont fournis sans frais directs pour les patients au moment de la maladie et ceux qui ne peuvent payer sont hospitalisés dans les salles publiques, mais doivent payer pour les services supplémentaires tels que les chambres privées. L'Alberta a un programme d'hospitalisation des cas de maternité et les soins ordinaires de salle publique sont donnés gratuitement aux mères pendant 12 jours.

Dans certains hôpitaux municipaux, particulièrement en Alberta, les soins hospitaliers sont donnés aux résidants de la municipalité sans frais directs ou à un tarif très réduit; les fonds de taxes acquittent toutes les dépenses, ou la plus grande partie.

Des programmes non gouvernementaux de soins hospitaliers, comme la Croix-bleue, fournissent les services essentiels, pendant des périodes limitées, aux personnes qu'ils protègent, ordinairement les membres des groupes de salariés, ou les personnes à leur charge.

Le chapitre de l'*Assurance-santé* étudie ces programmes.

### Initiatives fédérales

*Soins hospitaliers aux anciens combattants*

Le ministère des Affaires des anciens combattants assume la responsabilité qui incombe au gouvernement fédéral de fournir des soins hospitaliers aux anciens combattants.

Au Canada, les anciens combattants qui reçoivent une pension d'invalidité ont droit aux soins médicaux gratuits, y compris l'hospitalisation sans aucune limite de temps, pour la maladie qui les rend admissibles à la pension. Les anciens combattants dont le service sur un théâtre réel de guerre a été méritoire ou qui reçoivent une pension d'invalidité sont admissibles à la continuation des services médicaux, sous réserve d'un examen des ressources. Les anciens combattants qui touchent des allocations aux anciens combattants sont admissibles à tous les soins médicaux.

Lorsque la chose est possible, les soins hospitaliers sont donnés dans l'une des 33 institutions administrées par le ministère des Affaires des anciens combattants.

A défaut de telles institutions, le ministère peut autoriser le médecin choisi par l'ancien combattant à lui fournir les soins médicaux, y compris l'hospitalisation, conformément au plan connu sous le nom du "programme de libre choix du médecin". Tous les anciens combattants sont admissibles à tous les services médicaux et hospitaliers durant les 12 mois qui suivent immédiatement leur licenciement des forces armées.

Les hôpitaux du ministère se signalent par la flexibilité quant aux genres d'aménagements; le nombre de lits disponibles aux groupes particuliers de malades s'adapte aux besoins courants. Il y a quatre genres d'institutions:

1. *Hôpitaux de traitement actif.*—Ils sont au nombre de 13 et fournissent des soins généraux, ainsi que les soins aux malades mentaux. Au 31 mars 1948, la capacité normale en lits de ces institutions est de 8,325. Les hôpitaux ou les unités pour les maladies mentales comptent 1,375 de ces lits, tandis que 80 sont consacrés au soin des paraplégiques et 6,870 aux soins généraux.

2. *Centres de santé et de thérapeutique professionnelle*—Ils logent les cas curables et les convalescents. Au 31 mars 1948, il y a 7 de ces institutions, qui comptent 815 lits pour les soins généraux et 150 lits pour la convalescence et le rétablissement des personnes atteintes de la tuberculose.

3. *Centres spéciaux*—Ils comptent 900 lits pour les tuberculeux et 37 lits pour les paraplégiques, au 31 mars 1948.

4. *Foyers de vétérans*—Ils fournissent des soins essentiellement domiciliaires aux anciens combattants plus âgés.

Le 31 mars 1948, les institutions de tous genres comptent 10,577 lits, dont 8,395 sont occupés. Ce total de malades soignés comprend 5,008 cas de

traitements généraux, 1,393 malades qui reçoivent des soins domiciliaires, 995 tuberculeux et 999 malades mentaux.

Les soins généraux donnés dans les hôpitaux de traitement actif s'élèvent à près de deux millions de jours-malades durant l'année terminée le 31 mars 1948. Y compris les soins donnés aux personnes atteintes d'une maladie mentale, le total des jours-malades s'élève à 2,307,901 et le nombre moyen de malades soignés s'établit à 6,300 environ. À la fin de mars 1948, les malades qui sont encore logés dans les hôpitaux de traitement actif se chiffrent par 6,625.

Les soins de convalescence donnés dans les centres de santé et de thérapeutique professionnelle représentent 166,055 jours-malades en 1947-1948 et 581 malades sont logés dans ces institutions le 31 mars 1948.

En plus des soins fournis aux paraplégiques dans les hôpitaux de traitement actif, un centre spécial de 37 lits donne 10,798 jours de soins à ces malades. La durée moyenne du séjour des malades sortis de cette institution s'élève à 68 jours et 32 malades sont encore hospitalisés le 31 mars 1948.

En plus des malades soignés dans les hôpitaux dirigés par le ministère des Affaires des anciens combattants, une moyenne de 2,057 malades sont hospitalisés à chaque mois, en vertu du programme du "libre choix du médecin". Ce groupe reçoit un total de 214,993 jours de soins dans les hôpitaux généraux publics durant l'année terminée le 31 mars 1948; le coût total de l'hospitalisation est de $1,132,377 ou de $5.27 en moyenne, par jour-malade.

Durant l'année, un total de $3,917,000 est payé pour les soins donnés aux anciens combattants dans tous les hôpitaux, sauf ceux du ministère.

*Soins hospitaliers fournis aux Indiens*

Le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social fournit des soins hospitaliers aux Indiens dans 19 hôpitaux et 5 postes infirmiers. Les soins hospitaliers sont coordonnés avec le programme de santé publique en général de la Direction des services de santé des Indiens.

Au 31 mars 1948, les hôpitaux des services de santé des Indiens comptent 1,565 lits, dont 1,110 sont dans 5 grandes institutions de 150 lits ou plus.

Comme l'indique le chapitre de la *Tuberculose*, la plupart des soins donnés dans les principaux hôpitaux se rapportent aux cas de tuberculose. Toutefois, les principaux hôpitaux fournissent certains soins médicaux et chirurgicaux en général et les institutions moins importantes remplissent le rôle d'hôpitaux généraux publics. Le nombre de malades soignés est à peu près le même dans les hôpitaux du ministère, les sanatoriums qui ne relèvent pas du ministère et les hôpitaux généraux. L'importance des soins généraux est indiquée par les 450 lits dans les hôpitaux des Indiens qui sont occupés en 1948 par des personnes atteintes d'une maladie autre que la tuberculose.

*Soins hospitaliers fournis aux autres groupes*

Le ministère de la Défense nationale fournit les soins hospitaliers aux membres des forces armées dans ses propres institutions ou, par ententes, dans les autres hôpitaux.

Le Service médical de l'immigration, du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, dirige les hôpitaux de l'immigration et les stations de quarantaine aux principaux ports d'entrée, afin de fournir les soins médicaux et chirurgicaux nécessaires aux immigrants, dès leur arrivée au pays.

Des soins sont aussi procurés aux marins malades qui paient des cotisations en vertu de la loi de la marine marchande du Canada. Les hôpitaux généraux publics fournissent la plupart des soins, mais il y a des petits hôpitaux de la marine à Lunenburg et Sydney, en Nouvelle-Écosse.

Les lépreux reçoivent des soins aux frais du gouvernement fédéral dans une unité spéciale de l'hôpital de Tracadie (N.-B.), et dans un petit hôpital dirigé par le gouvernement à Bentinck-Island (C.-B.). Au 31 mars 1948, 9 personnes atteintes de la lèpre sont soignées dans ces institutions.

En 1948, il y a un total de 299 lits dans les hôpitaux dirigés par le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, sauf ceux qui soignent les Indiens.

### Initiatives provinciales

La législation sur les hôpitaux et la mise en œuvre des programmes d'hospitalisation varient dans les diverses parties du pays, de sorte que l'organisation des soins hospitaliers et les dispositions qui s'y rapportent diffèrent sensiblement dans chaque province. Ces différences paraissent dans les résumés suivants des programmes provinciaux.

*Île du Prince-Édouard*—Les hôpitaux reçoivent tous les malades nécessiteux qui ont besoin de soins hospitaliers et la province accorde des subventions de 75 cents par jour pour tous les malades.

Charlottetown accorde des subventions annuelles de $1,500 à ses deux hôpitaux généraux et Summerside verse $600 par année à son hôpital. Il n'y a pas d'hôpitaux de convalescence, ni d'hôpitaux pour le traitement des maladies transmissibles dans la province. L'infirmerie provinciale soigne les incurables.

*Nouvelle-Écosse*—Le gouvernement provincial contribue au coût des soins donnés à tous les malades hospitalisés. Cette aide est donnée à l'hôpital à la condition que la municipalité dans laquelle l'hôpital est situé contribue au moins $500 par année aux dépenses d'entretien. Les autres conditions nécessaires comprennent l'approbation des plans et prescriptions, l'inspection régulière par les autorités hospitalières provinciales et la nomination par le gouverneur en conseil d'un représentant à la commission de direction de l'hôpital.

Les subventions provinciales s'élèvent à 30 cents par malade, par jour, pour les 5,000 premiers jours-malades jusqu'à ce que le montant versé à chacun

des hôpitaux atteigne $1,500. Le taux diminue alors à 20 cents par malade, par jour, pour le reste de l'année. Ces subventions sont versées en faveur de tous les malades, dans les salles publiques et privées, ainsi qu'aux bébés nés dans les hôpitaux.

Lorsqu'un malade entre à l'hôpital et ne fait aucun arrangement en vue de payer, l'hôpital est autorisé, en vertu de la loi sur l'hospitalisation locale, à réclamer $3 par malade, par jour, auprès de la municipalité où le malade déclare avoir établi son domicile. A son tour, la municipalité peut réclamer le montant ainsi payé du malade ou des parents s'ils peuvent payer ou auprès de la municipalité dans laquelle le malade s'était réellement établi.

La province dirige un hôpital général à Halifax et des aménagements hospitaliers généraux à l'hôpital Roseway pour tuberculeux, à Shelburne.

Il n'y a pas de dispositions spéciales en ce qui concerne les soins hospitaliers donnés aux personnes atteintes de maladies contagieuses, sauf à Halifax, où se trouve un hôpital municipal pour les maladies transmissibles. Il n'y a pas d'hôpital de convalescence. Des foyers municipaux soignent les convalescents et les incurables.

*Nouveau-Brunswick*—En 1947, le Nouveau-Brunswick introduit un système de subventions par jour aux hôpitaux généraux administrés sans but lucratif.

Les paiements sont effectués en faveur de tous les malades, à raison d'un maximum de 30 cents par malade, par jour, jusqu'à concurrence de 5,000 jours; pour le reste de l'année, le taux ne dépasse pas 20 cents par jour.

Les municipalités sont encore responsables de tous les malades qui ne peuvent pas payer. Les frais de ces cas sont calculés d'après la moyenne du coût par jour durant l'année courante ou l'année immédiatement précédente.

En plus, quelques municipalités accordent de faibles subventions aux hôpitaux locaux.

Il n'y a pas d'hôpital de convalescence, mais les institutions locales pour les indigents et les foyers pour les incurables peuvent fournir des soins aux convalescents indigents et aux incurables.

*Québec.*—L'inspection des hôpitaux et l'administration des subventions relèvent du ministère provincial de la Santé. Bien qu'il y ait des hôpitaux municipaux dans le Québec, la plupart des institutions sont dirigées par des organismes privés, ordinairement les communautés religieuses.

En vertu de la loi de l'assistance publique, le coût des soins donnés aux malades nécessiteux est réparti également entre la province, la municipalité et l'hôpital. Le gouvernement provincial, dans certains cas, assume en entier ou en partie la contribution de la municipalité.

Les subventions aux hôpitaux sont fondées sur une échelle mobile, d'après les soins fournis aux malades.

Les hôpitaux généraux reçoivent des subventions de $2.50 à $4 par jour, par malade. Ces hôpitaux reçoivent le taux le plus élevé de leur catégorie respective pour les services d'hospitalisation ne dépassant pas 100 jours et un taux moins élevé pour chaque jour supplémentaire.

Les hôpitaux de convalescence reçoivent des subventions de $2 par jour, par malade, pour les 50 premiers jours et $1.34 par jour pour les 50 jours subséquents.

Les subventions accordées en faveur des incurables s'élèvent à $2 par jour durant le traitement médical et à $1.50 pour les soins donnés aux malades considérés comme des cas de maladie chronique.

Les autorités provinciales et municipales contribuent, pendant 20 jours, $3 par jour, par patiente, à l'hospitalisation des filles-mères sans ressources, dans les hôpitaux de maternité.

Les deux échelons de gouvernement accordent aux hôpitaux d'enfants et aux pouponnières des subventions allant de $1 (dans le cas des interventions chirurgicales spéciales) à 90 cents, tandis que les hôpitaux pour les enfants infirmes reçoivent des subventions de $1.34 par jour.

Les gouvernements provincial et municipaux paient $4 par jour aux hôpitaux pour les maladies contagieuses, pour les malades indigents.

Les hôpitaux spécialisés reçoivent des subventions pour les malades nécessiteux de $4 par jour pour les 60 premiers jours, $3 pour les 60 jours suivants et $2 pour le reste du séjour des malades.

*Ontario.*—Les hôpitaux généraux, les hôpitaux de convalescence et les hôpitaux pour les incurables sont administrés en Ontario par des organismes bénévoles ou des organismes d'administration locale, sous la surveillance générale du ministère provincial de la Santé.

En plus des subventions aux frais d'établissement, expliquées antérieurement, la province accorde des subventions au maintien des services hospitaliers et oblige les municipalités de contribuer au coût des soins donnés aux malades sans ressources.

Les contributions provinciales et municipales aux frais d'administration des hôpitaux sont fondées sur un classement des hôpitaux d'après la localité, l'importance et les fonctions. Les municipalités paient pour le traitement des malades nécessiteux des taux variant de $3 à $2.25 par jour-malade, d'après le genre d'hôpital. Les subventions municipales en faveur des nouveau-nés s'élèvent à 60 cents par jour pendant 14 jours.

La province accorde une subvention par jour pour l'entretien de tous les lits des salles publiques, même s'ils ne sont pas occupés. On détermine le tarif de chaque hôpital en appliquant le pourcentage de lits occupés dans les salles publiques durant l'année précédente à la différence entre la subvention municipale statutaire par jour et le coût moyen par jour-malade dans chaque groupe d'hôpitaux, et en appliquant au résultat ainsi obtenu le pourcentage de la capacité en lits des salles publiques par rapport à la

capacité en lits totale de l'hôpital. (Le coût établi pour chaque groupe comprend la dépréciation des aménagements, mais non la dépréciation des édifices, ni le change et l'intérêt de la dette capitale.)

Cette méthode a pour but de favoriser les hôpitaux qui ont une proportion élevée de lits occupés dans les salles publiques et d'aménagements de salles publiques, et de fonder les contributions provinciales sur le coût réel des services fournis. Toutefois, un maximum est imposé aux subventions provinciales à tous les groupes et les paiements sont limités à des montants variant de $2.35 par jour d'occupation des lits dans les hôpitaux affiliés à une école médicale, à 58 cents aux hôpitaux dans les centres moins importants et aux plus petites institutions de convalescence et de traitement des maladies chroniques.

Dans le cas des malades nécessiteux des territoires non organisés, la province verse des subventions supplémentaires comparables à celles que les municipalités accordent pour leurs citoyens.

Ce système de subvention a été introduit pour les hôpitaux-écoles en 1946 et a été étendu en 1947 de manière à embrasser la plupart des hôpitaux de la province. L'année suivante, le montant des subventions provinciales est augmenté de 235 p. 100 par rapport à 1947. Les quelques hôpitaux non compris dans le programme continuent de recevoir l'aide provinciale d'après le plan antérieurement en vigueur et en vertu duquel la province accorde, en faveur des malades nécessiteux, des subventions de 75 cents par jour pendant les 60 premiers jours et 50 cents pour les jours subséquents.

*Manitoba.*—La revision des dispositions relatives aux subventions accordées aux hôpitaux suivra la soumission du rapport de la Commission nommée par le gouvernement provincial en 1948 pour examiner le coût d'une administration efficace des hôpitaux du Manitoba. Dans l'intervalle, le régime des subventions reste le même.

Les subventions aux hôpitaux accordées par l'intermédiaire du Bureau d'hospitalisation du ministère de la Santé et du Bien-être public au Manitoba sont payées par la province à raison de 50 cents par jour, par malade, pour les malades logés dans les salles publiques. La subvention municipale est fixée au coût moyen des soins de salles publiques l'année précédente, pourvu que ce montant ne dépasse pas $2 par jour. Dans le cas des nouveau-nés dans les hôpitaux, la province paie 25 cents par jour et les municipalités, $1.

Les municipalités sont tenues de payer, après avis écrit de trois semaines, $2 par jour, par malade pour les soins donnés aux personnes nécessiteuses atteintes d'une maladie incurable et pour les cas impropres au traitement hospitalier.

*Saskatchewan.*—Un programme d'assurance hospitalière en vigueur depuis le début de 1947, fournit les soins hospitaliers en général à tous les résidants de la Saskatchewan. Le programme de services hospitaliers de la Saskatchewan est décrit au chapitre de l'*Assurance-santé.*

*Alberta.*—Les subventions aux hôpitaux, administrées en Alberta par l'inspecteur médical des hôpitaux du ministère provincial de la Santé, sont versées pour tous les malades à raison de 70 cents par jour pendant 120 jours. L'inspecteur médical des hôpitaux peut approuver le paiement d'une subvention après 120 jours dans les cas qui exigent la continuation d'un traitement actif. Deux hôpitaux reçoivent des subventions contractuelles de 90 cents par jour, par malade, pour les services d'orthopédie et les autres cas exigeant un traitement prolongé.

Les municipalités n'accordent pas de subventions statutaires pour tous les malades, mais paient les frais de salles publiques pour les résidants nécessiteux jusqu'à concurrence d'un maximum établi.

Le ministère du Bien-être public rembourse jusqu'à concurrence de la moitié du montant dépensé aux municipalités qui fournissent des soins aux malades chroniques ou aux incurables dans leurs propres institutions ou dans les institutions privées.

Un programme provincial de soins hospitaliers pour les cas de maternité est établi en 1944. Les patientes admissibles d'après les dispositions relatives au domicile provinciale ont droit à 12 jours d'hopitalisation, y compris le jour de l'accouchement. Ce programme est décrit au chapitre de l'*Assurance-santé,* qui traite aussi des plans municipaux de paiements anticipatifs.

*Colombie-Britannique.*—En 1948, la province continue d'aider les hôpitaux approuvés au moyen de subventions par personne fondées sur une échelle variant de 70 cents à $1.25 par jour. En plus de ces subventions provinciales accordées en faveur de tous les malades, les hôpitaux reçoivent l'aide publique des municipalités qui accordent des subventions de 70 cents par jour pour le traitement de tous les malades qui sont légalement résidants de la municipalité.

A compter du 1er janvier 1949, un programme d'assurance hospitalière entre en vigueur dans toute la province. Ce plan, qui prévoit l'amélioration des aménagements hospitaliers et les avantages des services hospitaliers payés par anticipation pour toute la population, est décrit à la section de l'*Assurance-santé.*

SOURCES:

Mémoire du Conseil hospitalier canadien au Comité parlementaire spécial de sécurité sociale, le 9 avril 1943.
Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social: Direction des services de santé des Indiens.
Ministère des Affaires des anciens combattants: Division des services de traitement.
Ministères provinciaux de Santé.

# 13. SOINS MÉDICAUX FOURNIS PAR LES SERVICES PUBLICS

En plus des soins fournis dans les hôpitaux publics, quatre genres distincts de services de soins médicaux défrayés au moyen d'une taxe ont été introduits au Canada.

Le premier groupe de services fournit des soins à certaines catégories qui constituent des groupements sociaux, y compris les membres des forces armées, les anciens combattants, les Indiens et les Esquimaux, ainsi que les marins. Ces personnes sont normalement indépendantes, mais elles obtiennent des soins médicaux parce qu'elles font partie d'un de ces groupes sociaux. Le gouvernement fédéral administre tous ces services.

Le deuxième groupe de services s'applique aux personnes qui sont incapables de payer pour les soins privés. Ces soins sont fournis d'après le besoin des personnes à peu près ou totalement dépourvues de ressources personnelles. Bien que les soins aux "indigents médicaux" aient été donnés en général dans les hôpitaux publics d'après la nécessité médicale réelle, en tenant compte des ressources du malade en ce qui concerne le paiement, les autres soins médicaux ont été limités. Plusieurs régions ne disposent d'aucun genre de soins médicaux publics pour les personnes nécessiteuses, à domicile. Les personnes qui ont besoin de ces services sont entièrement à la charge des organismes bénévoles ou des médecins particuliers qui donnent ordinairement des soins gratuits non organisés.

En Ontario, en Colombie-Britannique, en Saskatchewan et en Alberta, ainsi que dans quelques grandes villes des autres provinces, certaines dispositions permettent aux personnes qui bénéficient de certaines formes d'assistance publique d'obtenir des soins médicaux aux frais du public. En général, il n'existe pas de services organisés pour les personnes qui ne sont pas à la charge publique pour les nécessités de la vie, mais qui n'ont pas suffisamment de ressources pour défrayer les soins médicaux. Toutefois, dans certains endroits où il existe des programmes très élaborés d'assistance publique, on adopte des mesures destinées à étendre ces programmes aux soins médicaux afin d'inclure certains cas marginaux qui, de fait, ne sont pas admissibles à l'assistance publique.

L'introduction des plans d'assurance-santé d'application universelle tend à remplacer les services médicaux d'assistance publique comme tel, en incluant le groupe protégé dans le plan général. Il est ordinairement établi à cette fin que les autorités responsables de l'aide médicale paieront tous les frais requis d'inscription. La taxe générale défraie le reste des soins donnés à ces personnes, de même qu'à tous les autres membres de la collectivité. Cette méthode est considérée comme étant la moins coûteuse pour les autorités, simple au point de vue administratif et socialement recommandable.

Le troisième genre de services de soins médicaux défrayés par des taxes comprend les programmes organisés en vue de venir en aide aux personnes qui souffrent de maladies spéciales, comme la poliomyélite. On considère que les programmes de traitement contre les maladies mentales, les maladies vénériennes et la tuberculose tombent aussi dans cette catégorie. Les programmes de ce genre sont étudiés aux chapitres qui traitent des problèmes spéciaux de santé présentés par ces diverses maladies.

Le quatrième genre de services de soins médicaux défrayés par des taxes fournit des services à la population en général. Ce groupe comprend une grande variété d'initiatives gouvernementales, y compris les services ambulanciers, les subventions aux médecins dans les régions rurales, ainsi que les programmes de soins médicaux et de services connexes à toute la population de certaines régions.

Les programmes municipaux de soins médicaux tombent dans ce quatrième groupe. En vertu de ces programmes, en vigueur dans plusieurs régions de l'Ouest canadien, les services sont fournis aux contribuables et aux personnes à leur charge indépendamment de leur situation pécuniaire, ordinairement sans paiement lorsque le service est requis. Les nécessiteux sont aussi admissibles. Ces programmes municipaux sont des plans d'assurance-santé en ce qu'ils représentent la mise en commun des dépenses en vue de partager le risque du paiement de soins médicaux et qu'ils garantissent qu'une personne ne restera pas sans soins parce qu'elle est incapable de payer. Ces programmes de santé, ainsi que les autres plans d'application générale sont étudiés au chapitre de l'*Assurance-santé*.

### Dépenses

Le tableau 51 donne les dépenses effectuées en 1946 par les divers gouvernements du Canada pour les services médicaux, dentaires et connexes. Il est à remarquer que ce tableau ne comprend pas les paiements effectués pour le traitement des maladies vénériennes et des maladies mentales, pour les soins de sanatorium contre la tuberculose, ainsi que les postes qui ne pouvaient être séparés des dépenses de la santé publique en général.



54275—8

## INITIATIVES FÉDÉRALES

Les membres des forces armées reçoivent gratuitement tous les services médicaux et hospitaliers. Le ministère de la Défense nationale administre ce programme.

Les services de soins médicaux aux anciens combattants relèvent du ministère des Affaires des anciens combattants. Les anciens combattants qui touchent une pension d'invalidité reçoivent gratuitement et indéfiniment les soins médicaux relatifs à la maladie qui les rend admissibles à la pension. Sous réserve d'un examen des ressources, des avantages médicaux supplémentaires sont procurés aux anciens combattants dont les services ont été méritoires sur un théâtre réel de guerre ou qui reçoivent une pension d'invalidité.

Les services médicaux peuvent être fournis par les hôpitaux du ministère, ou, à défaut de ceux-ci, par le médecin de l'ancien combattant, en conformité du plan de "libre choix du médecin". Tous les anciens combattants sont admissibles à tous les avantages des soins médicaux et hospitaliers durant les 12 mois qui suivent immédiatement leur licenciement des forces armées.

Le tableau suivant résume les services médicaux fournis à 111,207 malades en vertu du plan de "libre choix du médecin" durant l'année financière terminée le 31 mars 1948:

| Service | Nombre | Coût |
|---|---|---|
| | | (en milliers de dollars) |
| Visites au bureau | 150,229 | 313 |
| Visites à la maison | 38,844 | 112 |
| Visites à l'hôpital | 50,886 | 95 |
| Interventions chirurgicales | 12,187 | 501 |
| Anesthésie | 5,469 | 60 |
| Médicaments | 28,446 | 45 |
| Radiographie | 5,618 | 50 |
| Tous les autres frais | — | 272 |
| Coût total | — | 1,448 |

Les interventions chirurgicales constituent le plus dispendieux des services fournis en vertu du programme; elles représentent plus d'un demi-million de dollars sur un total de moins d'un million et demi.

Les services infirmiers fournis à 1,089 cas et les paiements effectués aux pharmaciens pour 62,220 articles procurés à 36,208 malades apportent respectivement des montants supplémentaires de $62,000 et $99,000.

Le chapitre des *Soins hospitaliers en général* traite de l'hospitalisation fournie en vertu de ce programme.

La Direction des services de santé des Indiens, qui relève du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, fournit des services médicaux et dentaires aux Indiens et aux Esquimaux. Ces services font partie du programme général des services de prévention et de traitement. A la fin de 1948, il y a 52 médecins à temps continu, 59 médecins à temps discontinu, ainsi que 104 infirmières d'hôpital et 67 infirmières sur place. Les dépenses pour les soins médicaux et dentaires s'élèvent à $351,000 en 1946-1947 et $363,000 en 1947-1948.

Le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social voit aussi au traitement des marins malades. La loi de la marine marchande du Canada prévoit l'imposition d'un droit de jauge aux navires arrivant aux ports canadiens et les soins médicaux et chirurgicaux gratuits aux marins employés à bord et appartenant aux navires au sujet desquels les droits ont été payés. En 1947-1948, 19,607 marins malades sont soignés, dont 13,813 sont hospitalisés. Les droits de jauge perçus durant l'année s'élèvent à $228,201 et les dépenses, à $420,928 dont $122,000 pour les services médicaux et connexes.

## PROGRAMMES PROVINCIAUX ET LOCAUX

En plus des programmes pour les personnes atteintes de maladies spéciales, étudiés aux chapitres précédents, et de ceux qui sont destinés à la population générale, décrits au chapitre de l'*Assurance-santé*, les autorités provinciales et locales fournissent les services médicaux d'assistance publique résumés ci-après.

*Ontario.*—En collaboration avec l'Association médicale d'Ontario, le gouvernement provincial établit un programme de services de soins médicaux pour les personnes qui reçoivent une pension de vieillesse, une pension aux aveugles, les allocations aux mères ou un secours-chômage. Il est fondé sur une modification des allocations par tête et administré entièrement par la Commission médicale de bien-être nommée par l'Association médicale provinciale.

La province verse à la Commission 83 cents par jour en faveur de chaque personne qui reçoit une aide de ces catégories. Les municipalités paient la moitié des contributions versées en faveur de ceux qui reçoivent du secours-chômage.

Les personnes protégées par le programme peuvent choisir un des médecins qui participent au plan et reçoivent les services médicaux comprenant les visites ordinaires au bureau et à la maison et les médicaments nécessaires.

*Saskatchewan.*—Dans cette province, les soins médicaux sont fournis aux personnes qui reçoivent les pensions de vieillesse et des aveugles et les allocations aux mères, aux enfants à la charge des organismes provinciaux de bien-être à l'enfance et aux autres groupes de personnes nécessiteuses.

Le plus complet de ces programmes est celui qui pourvoit aux soins des cas d'assistance publique provinciale. Il est administré par la Commission d'organisation des services de santé. Les cas d'assistance publique relèvent de programmes locaux. En vertu du programme des services hospitaliers de la Saskatchewan, les soins hospitaliers sont à la disposition de toutes ces personnes. Les organismes responsables du soutien des indigents payent leurs cotisations.

TABLEAU 51.—DÉPENSES POUR LES SERVICES MÉDICAUX, DENTAIRES ET CONNEXES,[1] 1946
(en milliers de dollars)

| — | Plans pour les groupes spéciaux[2] | Plans pour les maladies spéciales[3] | Plans pour la population générale[4] | Total |
|---|---|---|---|---|
| PROVINCES— | | | | |
| Île du Prince-Édouard | — | 19 | — | 19 |
| Nouvelle-Écosse | — | 16 | — | 16 |
| Nouveau-Brunswick | — | 2 | — | 2 |
| Québec | — | — | 84 | 84 |
| Ontario | 589 | — | — | 589 |
| Manitoba | 5 | — | — | 5 |
| Saskatchewan | 636 | 218 | 727[4] | 1,581 |
| Alberta | 98 | 192 | — | 290 |
| Colombie-Britannique | 199 | — | 36 | 235 |
| Total | *1,527* | *447* | *847*[4] | *2,821* |
| GOUVERNEMENT FÉDÉRAL | 442 | — | — | 442 |
| Total général | **1,969** | **447** | **847**[4] | **3,263** |

[1] Fondé sur les comptes publics et autres documents du gouvernement fédéral et des provinces, ainsi que sur la correspondance avec les autorités provinciales.

[2] Comprend les paiements du gouvernement fédéral pour les soins médicaux aux Indiens et aux marins malades et les services médicaux provinciaux d'aide sociale, dans la mesure où ils pouvaient être déterminés. Ordinairement, les dépenses municipales destinées à cette fin et certains paiements provinciaux ne peuvent pas être séparés du coût général de l'assistance sociale. Les paiements fédéraux pour les soins médicaux des anciens combattants ne pouvaient être séparés des dépenses des hôpitaux en 1946 et ne sont pas compris ici.

[3] Comprend les programmes provinciaux de traitements contre la tuberculose (en dehors des sanatoriums), la poliomyélite et le cancer.

[4] Comprend les subventions versées aux médecins dans les régions rurales de Québec, Colombie-Britannique et Saskatchewan et les programmes de soins médicaux fournis à toute la population de la région desservie. Le poste de la Saskatchewan comprend les paiements effectués par la région sanitaire n° 1, les paiements municipaux pour les services médicaux et les services infirmiers, ainsi que les subventions provinciales aux programmes locaux de soins médicaux.

Le programme provincial de soins médicaux publics pourvoit à une grande variété de soins médicaux, dentaires, pharmaceutiques et optiques. Ces soins sont défrayés par des honoraires basés sur les services rendus.

Les honoraires pour soins médicaux et chirurgicaux sont payés à même une caisse spéciale établie à raison de $11.20 par année pour chaque personne admissible.

Au cours de chacune des trois premières années d'existence du programme, les honoraires versés aux médecins s'établissent à raison de $9.50 per personne par année.

En 1947, 26,432 personnes tombent sous le programme provincial de soins médicaux publics; sur ce nombre, 14,920 reçoivent des soins de 518 médecins. Les deux tiers environ du groupe sont des vieillards recevant une pension, tandis que les mères recevant des allocations représentent la plupart des autres cas.

En 1947, les dépenses relatives à ce programme s'élèvent à $610,000, dont $244,000 en honoraires de médecins et $139,000 en médicaments.

Les médicaments offerts sont limités en 1948.

*Alberta.*—Dans cette province, les services médicaux et hospitaliers, ainsi que les soins dentaires et optiques sont fournis depuis juin 1947 à tous ceux qui reçoivent une pension de vieillesse, aux mères qui reçoivent l'allocation ainsi qu'aux personnes à leur charge.

A la fin de 1947, 20,212 personnes sont admissibles aux bénéfices de ce programme. Le groupe des personnes recevant une pension de vieillesse représente les trois quarts du total.

Les services médicaux complets sont fournis en vertu d'une entente avec le Collège des médecins et des chirurgiens; en conformité de cette entente, les membres du Collège donnent des soins à raison de $12.50 par personne par année. Ce montant est payable mensuellement au Collège et comprend les frais d'administration. Chaque médecin soumet sa note au Collège et reçoit immédiatement 50 p. 100 du compte estimatif. A la fin de l'année, le reliquat du fonds

est réparti proportionnellement entre les médecins, d'après leurs comptes. En 1947, les paiements sont effectués à raison de $10 par tête, y compris les frais d'administration.

Une entente semblable est conclue avec l'Association des dentistes et le paiement annuel est de $3.15 par personne protégée. On permet d'exiger certains honoraires pour les dentiers.

Les soins hospitaliers sont payés d'après des taux fixes et le coût annuel par tête s'élève à $21 environ en 1948.

Les lunettes coûtent 95 cents par personne par année, tandis que les honoraires des optométristes, fondés sur le taux de $3 par réfraction et 50 cents par correction, s'élèvent à 25 cents par année, par personne protégée.

Les frais dentaires n'atteignent pas le montant reçu par l'association et une augmentation des services est projetée.

Le programme ne comprend pas les cas d'assistance publique dont la responsabilité incombe aux municipalités.

*Colombie-Britannique.*—Depuis 1931, la Colombie-Britannique accorde des subventions à certaines municipalités en vue de les aider à fournir les soins médicaux aux cas d'assistance publique. Au début, ces subventions se limitaient à la moitié du coût total des services médicaux et des médicaments.

En 1940, ce programme s'étend à la plupart des municipalités où plusieurs personnes recevaient le secours. En 1943, ce programme de soins médicaux publics est amplifié en vue d'inclure tous ceux qui bénéficient de l'assistance publique. Les autorités locales font leurs propres arrangements en ce qui concerne l'administration et les honoraires de médecins, ce qui donne une grande variété de programmes. Dans la ville de Vancouver, une société médicale locale fournit ce service et reçoit un montant mensuel global.

Le 1er avril 1947, la subvention provinciale est augmentée à 80 p. 100 du coût des services médicaux et des médicaments approuvés. La subvention est accordée aux municipalités dont le programme est approuvé par la Direction des services médicaux de la Division du bien-être du ministère de la Santé et du Bien-être.

Au début de 1949, une entente conclue entre le gouvernement provincial et le Collège provincial des médecins et chirurgiens permet de fournir des services de santé aux cas d'assistance publique. Ce programme protège 50,000 personnes dont 26,000 reçoivent une pension de vieillesse. Les paiements sont effectués à raison de $14.50 par personne par année.

*Programmes locaux.*—En plus des programmes de soins médicaux publics institués par les autorités provinciales, plusieurs municipalités s'occupent de fournir les soins médicaux aux personnes nécessiteuses. Par exemple, la ville de Winnipeg emploie un médecin à temps continu, chargé de procurer les soins médicaux à domicile aux personnes nécessiteuses.

---

SOURCES:

Ministère des Affaires des anciens combattants, M. G. A. Winfield, Division des traitements et des services.
Ministère de la Santé et du Bien-être, Colombie-Britannique.
Ordonnances publiées par la province d'Ontario.
Commission d'organisation des services de santé de la Saskatchewan.

# 14. ASSURANCE-SANTÉ

L'assurance-santé est uniquement un plan de mise en commun des frais; elle assure que les soins médicaux dont une personne aura besoin ne seront pas limités par ses ressources financières. Lorsque ce plan est dirigé par un gouvernement ou un État il comporte habituellement des versements obligatoires de la part ou en faveur des personnes de la catégorie ou de la région qu'embrasse l'assurance. Les paiements peuvent être sous forme de contributions spécifiées, d'une taxe spéciale, de taxe générale, ou ils peuvent être exigés sous deux ou toutes ces formes à la fois.

Les premiers indices d'un mouvement visant à l'établissement d'une assurance-santé d'État moderne remontent au milieu et à la fin du dix-neuvième siècle dans l'Ouest et le centre de l'Europe où les organismes à participation volontaire déjà existants ont servi de base à l'organisation. Ces institutions étaient des sociétés de secours mutuels s'administrant elles-mêmes, dont les membres étaient recrutés à divers degrés de risque parmi des ouvriers dans des professions ou entreprises particulières ou parmi des résidants d'une localité particulière.

*Royaume-Uni.*—Un plan contributif d'assurance-santé à participation obligatoire est en vigueur en Angleterre depuis 1911. En 1943, le rapport de sir William Beveridge proposait la revision du système et l'élargissement de ses cadres afin d'y inclure chaque personne du Royaume-Uni. Une version modifiée de son plan a été incorporée dans une loi de 1946 établissant le Service national de santé. Ce programme unifié visant à l'amélioration de la santé physique et mentale a été mis en vigueur le 5 juillet 1948.

Les services d'hôpital, de spécialiste et de laboratoire sont centralisés sous le ministre de la Santé. Des bureaux régionaux, en collaboration avec les bureaux des gouverneurs des hôpitaux-écoles, administrent de fait les services d'hôpital et de spécialiste. Le personnel des hôpitaux, y compris les spécialistes qui peuvent en faire partie à temps discontinu, est au service de ces bureaux qui déterminent les conditions d'emploi du personnel sous la réserve des règlements du Bureau central. L'administration effective des hôpitaux relève des Comités de direction des hôpitaux qui sont responsables devant les Bureaux régionaux.

Les personnes qui désirent des chambres privées dans les hôpitaux peuvent les obtenir en payant le coût supplémentaire, mais cette faveur est sujette aux besoins des personnes dont les soins médicaux requièrent un tel arrangement.

Les services de laboratoire bactériologique et de transfusion de sang sont aussi administrés par le Bureau central. Des dispositions ont été prises pour que des recherches relatives à la prévention, au diagnostic ou au traitement de maladies ou de déficiences mentales puissent être entreprises par le ministère, des agences non gouvernementales subventionnées, des Bureaux régionaux ou des hôpitaux-écoles.

Le deuxième aspect du programme porte sur les services de santé personnelle fournis par les médecins ordinaires et les dentistes ainsi que sur les approvisionnements de médicaments et d'appareils. On projette aussi l'établissement d'un système de dispensaires pour la vue. Ces services sont administrés par les conseils exécutifs locaux établis dans chaque comté et dans chaque commune. La moitié des membres sont nommés par les groupes professionnels locaux, un tiers par l'administration locale de la région et un sixième par le ministère de la Santé. Les comtés et les communes doivent fournir et entretenir des centres de santé; ils doivent les aménager, les outiller et en nommer le personnel afin de permettre des services dentaires et de médecine générale, la tenue de cliniques et l'enseignement de l'hygiène. Lorsque le programme général de soins médicaux et dentaires est entré en vigueur en 1948, il a fallu retarder le développement des centres de santé à cause de la pénurie de matériaux de construction et autres facteurs prohibitifs.

La deuxième partie du programme s'applique aux services d'un médecin de famille qui sont fournis moyennant des honoraires basés sur le nombre de personnes dans la famille ou selon un système d'honoraires fondés sur un salaire de base. Les dentistes sont payés d'après des honoraires pour services rendus sujets à certaines limites au revenu annuel que chacun peut gagner en vertu du programme.

Bien que les médecins et les dentistes ne soient pas obligés de participer à ce service, la plupart en font partie, et presque toute la population s'est ralliée au régime.

La troisième partie du programme de santé comprend les services locaux et domiciliaires maintenus par les autorités locales. Ils comprennent entre autres: hygiène maternelle et infantile, sages-femmes; visites d'hygiénistes et service d'infirmières à domicile; services locaux d'hygiène mentale; vaccin et immunisation; service d'ambulance; mesures supplémentaires de surveillance et aide domestique. Des frais appropriés peuvent être attachés à ces deux derniers services.

Un Conseil central des services de santé, d'un caractère surtout professionnel, doit être établi pour conseiller le ministre dans l'administration du service en général.

Le service de santé est défrayé en grande partie par la Trésorerie au moyen d'un versement annuel de quelque 32 millions de livres transféré de la Caisse d'assurance nationale, et en partie par des impôts locaux.

La Trésorerie nationale paie les frais d'hôpitaux, des spécialistes et d'autres services de l'organisation centrale, les frais de service d'un médecin de famille et ceux de l'administration centrale, ainsi que la moitié des frais totaux des services maintenus par les autorités locales.

Ces subventions aux autorités locales sont faites sur une base pondérée de cinquante pour cent, tandis que les autorités particulières reçoivent des montants variant entre trois huitièmes et trois quarts de leurs frais, le reste étant défrayé à même les impôts locaux.

Le montant que la Caisse d'assurance nationale doit remettre à la Trésorerie pour aider à défrayer le service de santé doit être équivalent aux contributions de 10d. par semaine versées par tous les hommes de plus de 18 ans qui font partie du plan, 8d. par semaine pour toutes les femmes de plus de 18 ans et 6d. par semaine pour toutes les personnes de moins de 18 ans.

Bien que le champ d'application du programme national d'assurance soit presque universel et qu'une proportion de chaque contribution aille au service de santé, les prestations en vertu de ce dernier, ne sont soumises à aucune réserve en matière d'assurance ni à la preuve que les contributions ont été payées.

Au cours de la première année, 1949-1950, le Service national de santé en Angleterre et au pays de Galles a coûté, estimativement, les sommes suivantes:

| | | Milliers de livres |
|---|---|---|
| Conseil central des services de santé, etc. | | 16 |
| Services d'hôpital et de spécialiste et services auxiliaires | | 117,531 |
| Services de l'autorité locale | | 14,025 |
| Services généraux, médicaux, dentaires, pharmaceutiques et optiques | | 102,393 |
| Autres services | | 18,705 |
| TOTAL BRUT | | 312,670 |
| *Moins*: | | |
| Contributions en vertu de la loi nationale sur l'assurance | 36,200 | |
| Recouvrements par les Commission d'hôpitaux relativement aux services | 10,946 | |
| Contributions de retraite et recouvrements | 30,694 | |
| Versement du Fonds de dotation des hôpitaux | 5,500 | |
| Divers | 905 | |
| TOTAL NET | | 84,245 |
| | | 228,425 |

Les frais de la période transitoire et des neuf premiers mois s'élèvent à 208 millions de livres.

*Nouvelle-Zélande.*—La loi de sécurité sociale de la Nouvelle-Zélande, entrée en vigueur le 1er avril 1939, offre un champ d'application générale, mais au début les prestations de santé étaient limitées. Les prestations-maternité ont été les premières offertes, mais à l'heure actuelle le programme comprend les services médicaux, l'hôpital, les médicaments et certaines prestations supplémentaires (rayons X, massages, etc.).

*Australie.*—En 1946, le gouvernement fédéral est autorisé à passer des lois à l'échelle nationale relativement à la santé, et en décembre 1948, la loi des services nationaux de santé est adoptée. Elle comporte un programme de services médicaux, dentaires et autres, de même qu'une assurance-hôpital.

Le plan de prestations médicales doit être mis en vigueur aussitôt que possible. En vertu de cette partie du programme, le gouvernement payera directement aux médecins 50 p. 100 des honoraires qui leur sont dus par les patients, d'après un barème établi.

La profession médicale organisée de l'Australie a exprimé son opposition au programme dans sa présente forme.

Un plan de prestations-médicaments, ou de médicaments gratuits, est introduit au début de 1948, mais sa pleine mise en vigueur est retardée.

*Canada.*—Au Canada, les divers aspects de l'assurance-santé font, depuis plus de trente ans, le sujet d'études et de discussions sérieuses de la part d'organismes nationaux et régionaux, comme les groupes ouvriers, les groupes agricoles, les organismes féminins (ruraux et urbains), les associations médicales, les fonctionnaires de la santé et autres groupes intéressés au bien-être public. Étant donné de plus, que les dispositions de l'Acte de l'Amérique du Nord britannique font de l'assurance-santé une prérogative provinciale, il est peut-être naturel que les premiers pas vers l'établissement d'une assurance-santé nationale soient faits par les autorités provinciales.

En 1919, la Colombie-Britannique nomme une Commission royale pour enquêter sur le sujet. Une autre Commission royale devant étudier l'assurance-santé et les prestations-maternité est nommée en 1929; à la suite des rapports de ces Commissions, une loi de l'assurance-santé est adoptée en 1936 mais elle n'est pas mise en vigueur. Un programme d'assurance-hospitalisation d'envergure provinciale est mis en vigueur le 1er janvier 1949.

En Alberta, à la suite des rapports des comités nommés en 1928 et 1932, un projet de loi concernant l'assurance-santé est introduit et adopté par la législature en 1935 mais il n'est pas mis en vigueur. En 1946, une nouvelle loi, semblable à celle qu'avait tracée la Conférence fédérale-provinviale de 1945, est adoptée mais elle n'a pas encore été mise en vigueur à la fin de 1948.

Dès 1919, la législation de la Saskatchewan, et en 1920, celle du Manitoba, permettent aux municipalités rurales, et dans une certaine mesure aux villes et villages, de pourvoir à des soins médicaux et d'en répartir les frais sur les régions qui bénéficient d'un tel service. Cette législation communément désignée sous le nom de "Programme de médecins municipaux" a été mise en vigueur dans un certain nombre de régions rurales de ces provinces.

Des groupes de municipalités en Saskatchewan ont pris des dispositions en vue de soins hospitaliers, ainsi qu'en vue d'organiser des aménagements en vertu de la loi des hôpitaux unis. Une assurance-hospitalisation embrassant toute la province est mise en vigueur le 1er janvier 1947. En plus des programmes municipaux et coopératifs, une assurance contre les frais médicaux est en vigueur dans une des régions sanitaires provinciales. Ces programmes sont décrits ci-dessous.

Au Manitoba, une loi adoptée en 1945 pourvoit à un plan d'hygiène embrassant les soins hospitaliers et médicaux ainsi que les services d'hygiène publics.

Les initiatives non gouvernementales en vue des soins hospitaliers et des services auxiliaires payés d'avance par l'intermédiaire des plans collectifs d'assurance contre les frais hospitaliers ont pris un essor marqué au Canada. Ces initiatives existent depuis plus de trente ans. La plupart des plans sont limités quant au nombre de services offerts et comportent des conditions relativement à la durée de ceux-ci. Certains plans sont purement locaux, tandis que d'autres, comme le plan d'hospitalisation de la Croix-bleue, embrassent de vastes régions. En Ontario, les frais de service en vertu de ce plan pour soins dans une salle commune d'hôpital sont de 95 cents par mois pour les célibataires et de $1.90 par mois pour une famille entière, comprenant les enfants de moins de 16 ans.

Les plans d'assurance contre les frais médicaux les plus développés au Canada sont les programmes provinciaux d'indemnisation des accidentés en vigueur dans toutes les provinces sauf dans l'Île du Prince-Édouard. Une grande variété de traitements médicaux est offerte aux victimes d'accidents industriels et à ceux qui souffrent de maladies professionnelles. Ces soins sont défrayés par les employeurs en vertu d'un programme de responsabilité collective, les contributions étant classées d'après les risques industriels. Les soins médicaux sont donnés sans qu'il en coûte à l'employé, sauf en Colombie-Britannique où les ouvriers doivent contribuer dans une faible mesure à ces frais mais non aux frais des pensions.

Les dépenses en soins médicaux faites par la Commission des accidents du travail en 1946 atteignent près de six millions de dollars, dont deux millions et demi en Ontario, près de un million en Colombie-Britannique et environ un million au Québec.

### Dominion

La question de l'assurance-santé pour la population canadienne a fait l'objet de nombreuses discussions au Parlement du Canada. Le 21 mars 1928, la Chambre des communes adopte la motion qui suit:

"La Chambre est d'avis que le Comité permanent des relations industrielles et internationales devrait recevoir l'autorisation de faire enquête et rapport sur l'assurance contre le chômage, la maladie et l'invalidité."

Le 1er mai 1929, le Comité propose ce qui suit dans son second rapport:

"*a*) Qu'à l'égard de l'assurance contre la maladie, le ministère des Pensions et de la Santé nationale soit prié d'entreprendre une étude étendue du domaine de la santé publique, ayant spécialement en vue un programme national d'hygiène. En ceci, on croit qu'il serait possible d'obtenir la coopération des services d'hygiène provinciaux et municipaux, ainsi que celle du corps médical organisé.

"*b*) Qu'au prochain recensement, des mesures soient prises pour obtenir les renseignements les plus complets relativement à l'étendue du chômage et de la maladie et que ces renseignements devraient être compilés et publiés le plus tôt possible."

En mai 1932, le Conseil canadien d'hygiène publique adopte une résolution demandant la mise en vigueur de la recommandation contenue dans l'article *a*).

Le 6 juin 1935, le gouvernement du Canada adopte la loi sur le placement et les assurances sociales qui autorise la création d'une Commission de placement et d'assurances sociales chargée de réunir des renseignements sur les projets d'assurance-santé et de faire rapport; la Commission est aussi autorisée à soumettre au gouverneur en conseil des projets de coopération par le Dominion pour fournir des avantages. La loi est soumise à la Cour suprême du Canada et jugée inconstitutionnelle, jugement homologué par le Conseil privé.

En juin 1941, sous la direction du ministre des Pensions et de la Santé nationale, un rapport sur l'insuffisance des programmes de santé publique et des services médicaux au Canada est préparé par le directeur des services d'hygiène publique qui en saisit l'assemblée générale du Conseil canadien d'hygiène publique et des représentants des organismes nationaux d'hygiène bénévoles. Il ressort de ces débats une étude sur la santé publique et les services médicaux visant à la création d'un plan d'assurance-santé.

L'Association médicale canadienne, en octobre 1941, forme une Commission sur l'assurance-santé en vue d'aider le directeur des services d'hygiène publique à préparer un plan d'essai en matière d'hygiène publique et d'assurance-santé.

### Comité consultatif de l'assurance-santé

Le 5 février 1942, le gouvernement fédéral autorise par décret du conseil la création d'un Comité consultatif d'assurance-santé, composé des hauts fonctionnaires de divers ministères sous la présidence du directeur des services d'hygiène publique du ministère des Pensions et de la Santé nationale. Voici le mandat du Comité:

"Étudier toutes les données positives concernant l'assurance-santé et en faire rapport au ministre des Pensions et de la Santé nationale."

En vue d'effectuer des enquêtes sur la situation au Canada, d'étudier les besoins du pays et d'élaborer un programme répondant aux exigences du peuple, des Comités d'assurance-santé, composés de groupes organisés professionnels et privés, sont institués. Parmi ces groupes figurent l'Association médicale canadienne, l'Association dentaire du Canada, le Conseil hospitalier canadien, l'Association des infirmières canadiennes, le Conseil hospitalier catholique du Canada, l'Association canadienne d'hygiène publique, l'Association pharmaceutique canadienne, le *National Council of Women*, le Conseil canadien du bien-être social et l'Association canadienne des auxiliaires sociaux, le Congrès des Métiers et du Travail du Canada, la Fédération canadienne de l'Agriculture, l'Association canadienne des manufacturiers et l'Association canadienne des officiers d'assurance-vie. La majorité des organismes mentionnés ci-dessus ont fait des recommandations directes approuvant le principe de l'assurance-santé.

Le Comité consultatif continue ses débats qui aboutissent à la préparation d'un avant-projet de loi sur l'assurance-santé, soumis au Conseil général de l'Association médicale canadienne à Ottawa, le 18 janvier 1943. A cette occasion, le Conseil s'est montré en faveur du principe de l'assurance-santé.

### Comité spécial de la sécurité sociale

Le rapport du Comité consultatif d'assurance-santé est présenté au Comité spécial de la sécurité sociale, nommé par la Chambre des communes le 16 mars 1943.

Le rapport donne une étude approfondie de l'expansion de l'assurance-santé, après avoir résumé l'évolution du principe de la sécurité sociale dans la mesure où elle se traduit par une assistance publique et une assurance sociale plus grandes.

On passe en revue la marche progressive de l'assurance-santé, en tenant compte de l'importance de l'expansion qui a résulté des programmes facultatifs et obligatoires dans divers pays.

Le rapport traite aussi de l'organisation, de l'administration, des finances et de la répartition des prestations.

L'avant-projet de loi, incorporé au rapport, est examiné par le Comité spécial de la sécurité sociale au cours d'une série de réunions tenues durant les sessions parlementaires de 1943 et de 1944.

Après une étude de l'avant-projet de loi, le Comité spécial de la sécurité sociale présente le rapport suivant à la Chambre des communes le 23 juillet 1943:

"Le Comité approuve les principes généraux d'assurance-maladie énoncés dans l'avant-projet de loi concernant l'hygiène publique, l'assurance-maladie, la prophylaxie et autres matières connexes. Le Comité recommande ce qui suit:

1. Il faudrait fournir aux provinces, avant que le bill soit approuvé ou qu'il en soit fait rapport à la Chambre après modification, des renseignements détaillés sur les dispositions qu'il contient.
2. En vue de fournir ces renseignements, les fonctionnaires compétents des ministères intéressés devraient recevoir instruction de se rendre auprès des autorités provinciales pour les renseigner sur tous les détails du projet de loi.
3. Il faudrait, si la chose est possible, convoquer, avant la prochaine session du Parlement, une conférence réunissant les représentants des provinces et du Dominion en vue d'étudier certains problèmes complexes, les questions financières et constitutionnelles entre autres.
4. A la lumière des informations obtenues dans l'intervalle, un comité parlementaire et le Comité consultatif d'assurance-maladie devraient poursuivre l'étude du projet de loi."

Le Comité consultatif d'assurance-santé poursuit ses enquêtes comme il a été recommandé, durant lesquelles les propositions financières contenues dans le premier avant-projet sont revisées par un sous-comité de finances de l'assurance-santé. Des renseignements relatifs au projet d'assurance-santé sont préparés pour les provinces, mais les membres du Comité consultatif ne visitent pas les provinces, comme il avait été recommandé, parce que les propositions financières ne sont pas jugées assez complètes pour leur être soumises.

Une fois terminée l'étude du Comité consultatif, un nouvel avant-projet de loi est soumis au ministre des Pensions et de la Santé nationale qui s'en réfère au Comité spécial de sécurité sociale. Le bill est discuté et modifié, puis présenté à la Chambre le 29 juillet 1944.

Le rapport du Comité spécial de sécurité sociale, qui présente au Parlement l'avant-projet de loi modifié, se lit ainsi:

"Après avoir fait une étude prolongée et approfondie de l'assurance-santé, ce qui supposait l'audition de témoignages et la réception de mémoires présentés par les organismes intéressés, votre Comité dépose avec les présentes un avant-projet de loi sur l'assurance-santé qui a été soumis par le ministère des Pensions et de la Santé nationale. Après quelques modifications de détail, le Comité

a approuvé cet avant-projet à l'exception de l'article 3 et de la première annexe, qui visent les mesures financières à arrêter par le pouvoir fédéral et les gouvernements provinciaux.

"Votre Comité recommande que la Conférence fédérale-provinciale soit saisie de l'avant-projet de loi afin d'étudier les principes généraux énoncés dans les divers articles, ainsi que les mesures financières à prendre.

"Votre Comité a recueilli des témoignages et reçu des mémoires portant sur d'autres aspects de la sécurité sociale, mais il n'a pu faire une étude détaillée ou suffisante de l'entier sujet qui met en jeu de complexes problèmes d'ordre financier et constitutionnel. Votre Comité recommande que lorsque ce sera possible, les autorités étudient l'à-propos de mesures telles que l'extension de l'assurance-chômage, les prestations-maladie en espèces, les prestations funéraires et autres destinées à protéger l'individu contre le vieil âge, la maladie et les revers économiques; que les autorités s'occupent aussi d'établir une plus grande coordination et de supprimer le chevauchement ou le double emploi des mesures de bienfaisance sociale appliquées dans le domaine fédéral et dans le domaine provincial."

*Conférence des ministres de la santé*

En même temps que les séances du Comité spécial de la sécurité sociale, une conférence des ministres et sous-ministres provinciaux de la santé est tenue à Ottawa, du 10 au 12 mai 1944, en vue de discuter l'avant-projet de loi. C'est la seconde rencontre des ministres et sous-ministres provinciaux avec le ministre des Pensions et de la Santé nationale, la première ayant eu lieu en septembre 1942 pour discuter les premières propositions d'assurance-santé. Les participants à la seconde réunion approuvent le principe d'assurance-santé. Quelques ministres expriment des doutes sur la possibilité pour leurs provinces d'appliquer à la fois tous les avantages prévus par le bill ainsi que sur la capacité de la population et des autorités provinciales de verser les montants énoncés dans le projet de loi.

Le coût estimatif des services individuels, d'après le Comité consultatif d'assurance-santé, soulève quelques doutes; un sous-comité est institué pour étudier la question. De façon générale, le sous-comité est d'accord avec les conclusions du Comité consultatif. Par la suite, la question du coût estimatif des soins dentaires, qui avait été trouvé trop élevé, est portée à l'étude de l'Association dentaire du Canada. Cette dernière est d'avis que le montant affecté aux soins dentaires n'est pas excessif.

Les discussions des ministres et sous-ministres de la santé sont soumises au Comité spécial de la sécurité sociale, qui propose que certains des sujets concernant les finances soient commis pour discussion à la Conférence fédérale-provinciale.

A la réunion de 1944, les représentants provinciaux insistent sur la nécessité de flexibilité dans tout programme national. Ils sont d'avis qu'un tel programme devrait être introduit par étapes et dans des régions distinctes.

L'avant-projet de loi présenté par le Comité spécial de la sécurité sociale de la Chambre des communes, le 27 juillet 1944, ainsi que les soumissions exprimant l'opinion des groupes professionnels et privés sur l'assurance-santé, paraît en détail dans les procès-verbaux et témoignages du Comité spécial de la sécurité sociale[1]. Le bill donne en détail une organisation-échantillon grâce à laquelle pourrait être institué un programme d'assurance-santé administré par une province et patronné par le gouvernement fédéral.

Au cours d'une série de séances tenues en 1943 et en 1944, le Comité spécial de la sécurité sociale entend 117 témoins représentant 32 groupes, y compris des comités d'assurance-santé qui avaient témoigné devant le Comité consultatif d'assurance-santé. Les propositions faites au Comité reflètent un appui presque unanime du principe de l'assurance-santé.

Un seul organisme s'oppose fortement à l'assurance-santé et un autre groupe demande que ses membres en soient exemptés pour raisons religieuses.

La plupart des organismes qui soumettent des recommandations relatives à l'administration s'entendent sur l'opportunité d'investir les provinces de cette responsabilité.

Certains recommandent que le gouvernement fédéral se charge de la coordination et de l'établissement des normes.

Un groupe relativement peu nombreux présente des recommandations sur l'organisation financière. Certains expriment leur approbation des principes de la subvention fédérale et des contributions obligatoires. Quelques organismes favorisent le financement au moyen de taxes plutôt que par des contributions directes d'assurance.

Le principe de l'application universelle est généralement approuvé, bien qu'un certain nombre de groupes favorisent une limite de revenu ou soumettent des recommandations spéciales.

La plupart des organismes qui témoignent présument que le projet comporte l'avantage des soins médicaux; quelques groupes seulement insistent explicitement sur ce point. Trois organismes recommandent spécifiquement des indemnités-maladie en argent. La plupart des groupes se sont présentés au Comité afin de présenter des recommandations spéciales relativement aux prestations.

[1] Une liste des propositions faites au Comité de la sécurité sociale et un résumé de celles qui portent sur l'assurance-santé se trouvent dans *Santé, bien-être et travail* (Manuel de 1945), pp. 45-48, et dans le *Manuel de la santé*, 1946, pp. 69-71.

### Propositions du gouvernement fédéral en matière d'assurance-santé

Le Programme national d'hygiène proposé par le gouvernement fédéral du Canada à la Conférence fédérale-provinciale de 1945 contient des propositions précises sur l'assurance-santé, en plus d'un régime de subventions à la santé publique.

Lorsque la proposition de 1945 relative aux subventions à l'hygiène est mise en vigueur, après modification, en 1948, le gouvernement annonce que ces mesures constituent les premières phases de l'organisation d'un plan d'assurance-santé détaillé et complet pour tout le pays. Comme seconde phase du programme, la subvention aux enquêtes en matière de santé vient remplacer l'ancienne subvention à l'élaboration et à l'organisation. Elle a pour objet, comme celle-ci, d'assurer l'organisation détaillée d'un plan d'assurance pour les soins hospitaliers et médicaux.

Le chapitre des *Facteurs qui influent sur les services d'hygiène* contient un aperçu de la répartition de la subvention aux enquêtes en matière d'hygiène.

La proposition relative à l'assurance-santé, faite par le gouvernement fédéral en 1945 et 1946, vise uniquement à permettre aux gouvernements provinciaux de mettre sur pied et administrer un programme détaillé et complet d'assurance-santé dont l'introduction devra se faire par étapes.

Les contributions proposées du gouvernement fédéral à ces dépenses sont:

1° Une subvention de base de un cinquième du coût estimatif de chaque service;

2° La moitié des frais supplémentaires réels de chaque gouvernement provincial pour chaque service, pourvu que la contribution totale du gouvernement fédéral ne dépasse pas 60 p. 100 du coût de chaque service ou un maximum de $12.96 par personne lorsque le maximum entier est en exécution.

Afin de pouvoir lancer le programme, l'aide fédérale sera limitée, durant les trois premières années, à des montants estimatifs. Ceux-ci seront rectifiés à tous les trois ans conformément au coût moyen de chaque service.

Dans les limites des phases prescrites, les provinces peuvent, dans tous les cas, déterminer l'ordre et la méthode de l'introduction de chaque service. Par exemple, une province pourrait décider de fournir des soins infirmiers dans certaines régions rurales. Le gouvernement fédéral fournirait alors la proportion convenu du coût du service pour toutes les personnes de la région desservie. Cet arrangement permettrait à chaque province d'organiser les services qu'elle juge les plus nécessaires.

On a estimé en 1946 que le coût annuel atteindrait environ 250 millions de dollars lorsque le projet serait entièrement mis en œuvre. La part estimative du gouvernement fédéral serait de 150 millions de dollars et celle des provinces, de 100 millions. Les propositions établissent que chaque province pourvoira à un honoraire d'inscription dont elle fixera elle-même le montant et qui fera naturellement partie de la procédure d'inscription. Par ailleurs, la méthode de financement est laissée à la discrétion des provinces.

Le Comité interministériel sur l'assurance-santé étudie plus à fond les propositions relatives à l'assurance-santé soumises en 1945, ainsi que les diverses questions posées par les représentants des provinces. Deux changements importants découlent de ces délibérations.

D'abord, les services de laboratoire et de diagnostic qui comptaient parmi les services à introduire au cours des étapes subséquentes du programme d'assurance-santé sont transférés à la première phase et remplacent les services d'infirmières visiteuses, qui sont groupés avec les autres services infirmiers dans les phases subséquentes. Plusieurs provinces sont d'avis que les services de laboratoire et de diagnostic doivent être établis en marge des serviees hospitaliers et médicaux, puisque les épreuves de laboratoire faites par le médecin traitant déterminent souvent la nécessité de l'hospitalisation. On suppose aussi que ces services attireraient plus de médecins aux régions rurales.

Le second changement comporte la revision du coût estimatif des soins hospitaliers et médicaux ordinaires. On a soutenu à maintes reprises que l'allocation initiale de $3.60 par personne pour les frais hospitaliers était basse, tandis que l'allocation de $6 donnée au début pour les frais médicaux ordinaires était plutôt excessive. En conséquence, dans les propositions revisées, cette dernière allocation est réduite à $5 et l'allocation pour les frais hospitaliers est augmentée à $4.60 par personne.

Au début, on espérait mettre en œuvre la première phase du projet en deux ans, mais à cause des objections soulevées, cette partie de la proposition a été changée à: "un gouvernement provincial adhérant au projet s'engagerait à fournir des services médicaux ordinaires, hospitaliers et de diagnostic dans un délai déterminé, après son adhésion".

Les propositions du gouvernement fédéral, présentées sommairement à la Conférence fédérale-provinciale en août 1945, reconnaissent que les services complets de l'assurance-santé exigeraient une expansion considérable des hôpitaux dans tout le pays. Une grande partie de cette expansion serait nécessaire dès la première phase. Il est aussi reconnu que, même en dehors de l'assurance-santé, cette expansion serait souhaitable aux fins d'assurer des aménagements convenables pour le traitement et les recherches.

Afin que le programme d'expansion des hôpitaux soit moins lourd pour les gouvernements provinciaux et locaux, il est proposé que le gouvernement fédéral consente des prêts aux gouvernements provinciaux qui participeront aux ententes sur l'assurance-santé et, par l'intermédiaire des gouvernements provin-

ciaux, aux municipalités et autres organismes, moyennant un intérêt égal au coût de ces prêts pour le gouvernement fédéral ou seulement un peu plus élevé.

Lorsque le programme de subventions est mis en œuvre, en 1948, le gouvernement annonce que les prêts à bas intérêt ne constitueraient peut-être pas un encouragement suffisant à la construction d'hôpitaux à l'échelle requise. On est d'avis qu'avant de pouvoir établir un régime d'assurance-santé satisfaisant, il est essentiel de combler le manque de lits dans les hôpitaux. Car, si l'assurance-hospitalisation devait être introduite en 1948, comme premier pas vers l'assurance-santé, elle créerait une demande d'aménagements hospitaliers à laquelle on ne pourrait répondre.

En conséquence, les subventions à la construction d'hôpitaux sont introduites avec les autres subventions à l'hygiène. Elles sont décrites au chapitre des *Soins hospitaliers en général.*

Le tableau qui suit donne la proposition actuelle du gouvernement fédéral en matière d'assurance-santé, ainsi que la contribution estimative du gouvernement fédéral.

ASSIETTE DE LA CONTRIBUTION DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL À L'ASSURANCE-SANTÉ

| Service | Coût estimatif par personne | Subvention de base du Dominion, par personne | Maximum de la subvention supplémentaire du Dominion, par personne | Total de la contribution estimative du Dominion |
|---|---|---|---|---|
| | $ | $ | $ | milliers de dollars |
| *Première phase—* | | | | |
| Services médicaux ordinaires | 5.00 | 1.00 | 2.00 | 34,470 |
| Soins hospitaliers | 4.60 | 0.92 | 1.84 | 31,710 |
| Services de diagnostic | 0.60 | 0.12 | 0.24 | 4,136 |
| Total—première phase | *10.20* | *2.04* | *4.08* | *70,316* |
| *Phases subséquentes—* | | | | |
| Autres services médicaux (consultation, spécialiste, chirurgie) | 3.50 | 0.70 | 1.40 | 24,129 |
| Services infirmiers | 1.75 | 0.35 | 0.70 | 12,064 |
| Soins dentaires | 3.60 | 0.72 | 1.44 | 24,818 |
| Médicaments | 2.55 | 0.51 | 1.02 | 17,579 |
| Total—phases subséquentes | *11.40* | *2.28* | *4.56* | *78,590* |
| Total—tous les services | **21.60** | **4.32** | **8.64** | **148,906** |

[1] Un cinquième du coût estimatif de chaque service.
[2] Fondé sur la moitié du coût réel de chaque service, jusqu'à concurrence de 60 p. 100 ou d'un maximum de $12.96 par personne.

### Résolutions des organismes nationaux

Plusieurs résolutions en faveur de l'assurance-santé ont été adoptées. En voici quelques-unes:

A la 31e réunion annuelle de l'Association canadienne d'hygiène publique, tenue à Toronto, en juin 1942:

"Attendu qu'il existe au Canada un besoin pressant de fournir en général des services médicaux, dentaires et infirmiers plus satisfaisants;

"Et que l'expérience en Grande-Bretagne et d'autres pays a démontré la valeur des contributions obligatoires à l'assurance-santé;

"Et que la présente association croit que dans tous les programmes d'assurance-santé, il est essentiel de pourvoir à un service de prophylaxie;

"Il est résolu que la présente association appuie en principe l'assurance-santé nationale et insiste pour que les services de prophylaxie fassent partie essentielle du programme."

Au Conseil général de l'Association médicale canadienne, tenu à Ottawa, le 18 et le 19 janvier 1943:

"Attendu que les buts de l'Association médicale canadienne sont:

1° D'améliorer la santé et prévenir la maladie;
2° D'améliorer les services d'hygiène;
3° D'accomplir d'autres œuvres légitimes qui favorisent le bien-être public ou y contribuent;

"Et que l'Association médicale canadienne est pleinement consciente de l'opportunité de fournir des services de santé satisfaisants à toute la population canadienne;

"Et que l'Association médicale canadienne étudie depuis plusieurs années des projets visant à obtenir ces services de santé;

"Il est en conséquence résolu:

1° Que l'Association médicale canadienne approuve l'adoption, en principe, de l'assurance-santé;

2° Que l'Association médicale canadienne favorise un plan d'assurance-santé qui assurera les meilleurs services de santé possibles, prophylactiques et curatifs, pourvu qu'il soit aussi équitable pour ceux qui rendent les services que pour les personnes assurées."

À la 47ème réunion du Conseil canadien d'hygiène publique, tenue à Ottawa, le 28 et le 29 juin 1945:

"Attendu que le Conseil canadien d'hygiène publique a affirmé à maintes reprises sa conviction qu'il est essentiel d'organiser l'assurance-santé dans tout le pays afin de placer les soins médicaux, dentaires et hospitaliers à la disposition de tous les citoyens du Canada;

"Et que le Conseil est heureux d'apprendre de l'honorable ministre de la Santé et du Bien-être que l'introduction de l'assurance-santé est projetée et qu'un programme de subventions aux provinces a été approuvé aux fins d'apporter l'aide nécessaire à l'établissement de services locaux d'hygiène satisfaisants en vue de la lutte contre la tuberculose et les maladies vénériennes, de la prévention et du traitement des maladies mentales, de la formation d'un personnel essentiel à la santé publique et de l'avancement des recherches médicales, particulièrement en matière de santé publique;

"Et que ces mesures, ainsi que d'autres qui ont été proposées, encouragent fortement le Conseil à croire que la mise en œuvre de ces propositions améliorera sensiblement la santé et le bien-être de toute la population canadienne;

"Il est en conséquence résolu que le Conseil canadien d'hygiène publique, réuni à Ottawa le 28 et le 29 mai 1945, exprime au ministre de la Santé nationale et du Bien-être public sa reconnaissance du vaste programme de santé publique qu'il a présenté au Conseil, et qui vise à donner à la population canadienne la meilleure santé au monde."

## ASSURANCE-SANTÉ DANS LES PROVINCES

### Colombie-Britannique

La Colombie-Britannique s'intéresse depuis longtemps à l'assurance-santé. Dès 1919, une commission royale provinciale recommande ce moyen de fournir les services de santé. Les enquêtes se poursuivent longtemps et une loi est adoptée en 1936; cependant, elle n'est pas appliquée et elle est suspendue juste avant l'entrée en vigueur du programme.

En 1948, une nouvelle loi est adoptée qui établit un programme provincial d'assurance-hospitalière. Ce programme entre en vigueur le 1er janvier 1949.

Le nouveau plan est complet et détaillé et vise toute la population. Tous sont requis de s'inscrire. Le gouvernement provincial paie les contributions des personnes auxquelles il accorde une aide sociale et ces personnes sont admissibles aux prestations. Les membres des forces armées et certains groupes d'anciens combattants sont exemptés du plan, mais doivent payer une prime en faveur des personnes à leur charge. Les personnes qui habitent les régions éloignées peuvent être exemptées du plan général.

Il est prévu que les personnes protégées par des plans approuvés qui fournissent des services analogues aux abonnés et se chargent des frais d'hôpitaux, peuvent être exemptées de contribuer au plan provincial. Toutefois, le programme non gouvernemental le plus étendu, qui était administré par la Croix-bleue, a été discontinué à compter de l'entrée en vigueur du plan provincial.

Les primes payables six mois à l'avance s'élèvent à $15 par année pour les célibataires, $24 pour les deux époux ou le chef de famille avec une personne à charge et $30 pour le chef de famille avec deux ou plusieurs personnes à charge. Les contributions sont obligatoires et peuvent être versées personnellement ou au moyen de déductions sur le salaire. Cette deuxième méthode n'est pas obligatoire, mais les employeurs peuvent, s'ils le désirent, en faire une condition de l'embauchage.

Les personnes qui violent la loi sont sujettes à des peines après déclaration sommaire de culpabilité et sont tenues de payer tous les frais d'hôpitaux courus, ainsi que les primes en souffrance.

Les services à fournir aux abonnés qui sont effectivement admis à l'hôpital en qualité de malades hospitalisés et dont l'état nécessite définitivement les soins prodigués aux hospitalisés pour affection aiguë comprennent un lit dans une salle d'assistance publique, les repas, les soins infirmiers de salle, les moulages au plâtre et pansements, les services disponibles de radiographie, laboratoire et physiothérapie, tous les services hospitaliers de maternité sans période d'attente, ainsi que les médicaments et préparations connexes énoncés dans le Formulaire de la Colombie-Britannique et dans le supplément approuvé. Ces services généraux d'hospitalisation peuvent aussi être placés à la disposition des abonnés admis à l'hôpital pour une période de moins de 24 heures, ce qui comprend les soins d'urgence, mais non le service d'ambulance.

Les services non compris sont les soins aux patients externes, les traitements de l'alcoolisme, de la toxicomanie, des maladies dans les institutions du gouvernement, les maisons de santé ou les hôpitaux privés, ainsi que les honoraires des médecins.

Le choix de l'hôpital est tout à fait libre, mais l'hospitalisation est fondée sur la recommandation du médecin. Les personnes temporairement en dehors de la province recevront une aide limitée au Canada et aux États-Unis.

Le programme est administré par un commissaire provincial de l'assurance-santé qui relève directement du ministre de la Santé et du Bien-être. La loi prévoit un conseil consultatif des hôpitaux.

Les bureaux régionaux perçoivent les primes et le bureau central de Victoria distribue des cartes d'assurance-santé attestant l'admissibilité aux prestations. L'inscription initiale se fait par la poste et par l'intermédiaire des employeurs.

Les primes sont versées à la Caisse provinciale d'assurance-santé qui reçoit aussi des montants équivalant aux anciennes subventions par jour, provinciales et municipales, ainsi qu'aux autres contributions de la Trésorerie provinciale.

Une Caisse de stabilisation de l'assurance-hôpital est aussi établie afin de garantir la solvabilité et la continuation de la caisse d'assurance-hôpital. Une caisse spéciale pour la construction d'hôpitaux est établie en vue d'avancer des montants aux hôpitaux pour les aider à construire et à s'aménager.

Les paiements sont versés aux hôpitaux d'après leurs frais d'exploitation, sous réserve que chaque hôpital doit garder dans une caisse séparée tous les paiements versés pour la dépréciation des édifices et de l'équipement.

Peu après la mise en œuvre du programme, le ministre de la Santé et du Bien-être souligne le besoin urgent de ce service et rappelle qu'auparavant, au moins 35 p. 100 de la population de la Colombie-Britannique n'avait pu payer même une partie de leurs frais hospitaliers.

Relativement à la limitation des avantages aux maladies aiguës, le ministre déclare que "le service ne couvre pas les infirmités et les maladies chroniques parce qu'il n'y a pas de méthode satisfaisante de déterminer une base de la durée des traitements pour en fixer le coût et que... lorsque ces cas exigent l'hospitalisation, ils sont classés surtout comme responsabilités du bien-être social".

On se fera une idée de l'envergure de la Croix-bleue provinciale, abolie à la fin de 1948, en sachant qu'en 1947, cet organisme protégeait 131,364 personnes et a fourni des soins pendant 115,238 jours. La nouvelle Association des services médicaux qui offre une protection aux employés qui le désirent et aux personnes à leur charge, continue à fournir les services médicaux et chirurgicaux.

### Alberta

La loi sur l'assurance-santé, adoptée en Alberta en 1935, n'a pas été mise en vigueur. Une nouvelle loi est adoptée en 1946, mais elle demeure aussi inopérante.

*Hospitalisation des cas de maternité*

Bien que le programme d'hospitalisation des cas de maternité, inauguré en Alberta en 1944, ne soit pas un programme d'assurance-santé fondé sur le paiement anticipatif de primes par les particuliers, il représente une disposition collective visant à des soins hospitaliers publics.

Sous le régime de la loi sur l'hospitalisation des cas de maternité, tous les cas de maternité qui répondent aux conditions de résidence, reçoivent l'hospitalisation gratuite jusqu'à un maximum de 12 jours.

Les ententes relatives à l'hospitalisation des cas de maternité s'effectuent avec chaque hôpital et les paiements sont faits en montants fixes par jour, qui varient de $5 à $3.40 selon la classe de l'hôpital. En plus, les provinces versent des subventions régulières par jour en faveur de ces cas, ainsi que de tous les autres malades. Le choix de l'hôpital est libre.

Les paiements susmentionnés versés aux hôpitaux pour les cas de maternité sont augmentés de 20 p. 100 au milieu de 1948.

A peu près 94 p. 100 de tous les cas de maternité vont dans les hôpitaux approuvés. Bien que les maternités privées ne soient pas approuvées comme hôpitaux, elles reçoivent des paiements réduits pour les cas de maternité hospitalisés. Les mères doivent défrayer les services spéciaux et payer un supplément pour des chambres privées ou semi-privées, si elles choisissent ce genre de logement. Les services ordinaires fournis dans les salles d'assistance publique ne coûtent rien aux mères.

Le tableau suivant donne les cas de maternité de 1944 à 1947.

| Année | Cas | Durée moyenne du séjour (jours) | Coût total (milliers de dollars) |
|---|---|---|---|
| 1944 (9 mois) | 12,326 | 10·0 | 383·4 |
| 1945 | 17,801 | 10·3 | 531·7 |
| 1946 | 19,868 | 10·2 | 643·4 |
| 1947 | 22,706 | 9·6 | 743·4 |

*Plans municipaux d'hospitalisation*

La loi sur les hôpitaux municipaux prévoit la répartition du coût des soins hospitaliers et de la construction des institutions sur toute la population des districts d'hôpital. La section des aménagements du chapitre des *Soins hospitaliers en général* explique les arrangements relatifs à la construction d'hôpitaux.

L'administration des hôpitaux est défrayée au moyen d'une taxe annuelle imposée aux contribuables, des subventions provinciales par jour et d'une rétribution de $1 par jour, payée par les contribuables qui reçoivent des soins hospitaliers.

Les personnes qui ne sont pas des contribuables peuvent participer par abonnement, d'habitude en achetant des billets au montant annuel de $6 à $12, qui les rendent admissibles aux soins hospitaliers au taux quotidien de $1.

Dans les districts hospitaliers municipaux, les abonnés paient directement l'hôpital, mais à Calgary, où un plan semblable est en préparation, la ville elle-même percevra les cotisations des personnes qui ne sont pas des contribuables.

Les plans de paiement anticipatif organisés à l'échelle municipale protègent 282,912 personnes le 1er janvier 1948, y compris les contribuables et les personnes qui, n'étant pas contribuables, achètent des billets pour devenir admissibles aux services. En 1948, un programme de la Croix-bleue est inauguré en Alberta.

### Saskatchewan

En Saskatchewan, les soins médicaux et les soins hospitaliers, réunis sous la Commission d'organisation des services de santé, comprennent l'administration d'un programme provincial d'assurance-santé, ainsi que l'organisation des aménagements hospitaliers et le maintien d'une norme relative aux soins hospitaliers; l'élaboration d'un système d'unités régionales pour l'administration de la santé et des soins médicaux; l'application d'un programme d'assistance publique en matière de soins médicaux; la surveillance des services médicaux, dentaires et connexes sur une base régionale, et la surveillance des programmes municipaux et non gouvernementaux de soins médicaux.

*Soins hospitaliers*

Depuis le 1er janvier 1947, un programme provincial d'assurance-hôpital fonctionne en Saskatchewan. L'administration du programme relève de la Commission d'organisation des services de santé, organisme provincial dirigé par le ministre de la Santé publique. L'application effective du programme relève d'une division de la Commission connue sous le nom de Plan des services d'hospitalisation de la Saskatchewan.

L'application est à peu près universelle et seules les personnes protégées par d'autres programmes provinciaux ou les personnes dont l'hospitalisation relève du gouvernement fédéral peuvent en être exemptées. Les personnes qui habitent les régions éloignées du nord ne sont pas tenues d'y participer, mais elles peuvent s'inscrire si elles le désirent.

Le programme est défrayé au moyen d'une taxe personnelle imposée à toutes les personnes protégées et à même les revenus généraux de la province.

En 1949, la taxe est de $10 par année pour les adultes et de $5 par année pour chaque enfant à charge de moins de 21 ans, jusqu'à un maximum de $30 par famille. Les enfants de plus de 21 ans qui sont à charge à cause d'une invalidité mentale ou physique permanente peuvent être inclus dans ce maximum de $30.

A l'exception des personnes qui reçoivent de l'assistance publique et dont les contributions sont versées par le gouvernement provincial, l'application se fonde sur le paiement anticipatif d'un impôt personnel qui doit être versé un mois avant l'entrée en vigueur de l'assurance. Les autorités municipales sont tenues de payer la taxe des personnes dont elles ont la responsabilité des soins hospitaliers et des traitements. On les encourage aussi à payer les contributions des indigents malades dont l'hospitalisation incomberait par ailleurs à la municipalité.

Les avantages offerts par le Plan des services hospitaliers de la Saskatchewan comprennent un lit dans une salle d'assistance publique, les repas, les soins infirmiers en général, l'usage des salles d'opération et d'accouchement, la plupart des médicaments d'usage courant et une variété de services spéciaux, y compris la radiographie, les examens de laboratoire, la radiumthérapie et la physiothérapie.

La restriction la plus importante est l'exclusion des traitements donnés aux malades externes. Les services médicaux, autres que ceux qui sont fournis par l'hôpital, ne sont pas compris dans le programme.

La durée du séjour payé dans les hôpitaux de la Saskatchewan n'est limitée que par la nécessité médicale, selon la décision d'un médecin enregistré.

Le choix de l'hôpital est tout à fait libre et le paiement est effectué en faveur des bénéficiaires dans tous les hôpitaux approuvés du monde. Le paiement des soins obtenus en dehors de la province se fait essentiellement sur une base d'indemnités et il est sujet à certaines restrictions en ce qui concerne la durée du séjour. En général, les soins obtenus en dehors de la province sont limités à 60 jours pour toute année. Le paiement va jusqu'à un maximum de $5 par jour pour les adultes et les enfants et de $1 par jour pour les nouveau-nés.

Le mode de perception des taxes est fondé sur des ententes avec les autorités municipales, sauf dans les villes de Regina et de Moose-Jaw où il y a des divisions du bureau provincial. Dans toutes les autres municipalités, les autorités locales perçoivent les taxes imposables en vertu de la loi de la Saskatchewan sur l'hospitalisation. Le ministère des Affaires municipales perçoit les contributions dans les districts d'amélioration locale, tandis que le ministère des Ressources naturelles perçoit la taxe d'hospitalisation dans la partie non organisée la plus septentrionale de la province. Le service de perception des taxes est rémunéré au moyen d'une commission.

Les versements aux hôpitaux sont fondés sur les comptes approuvés et proviennent d'une caisse spéciale comprenant les taxes d'hospitalisation et les contributions supplémentaires de la Trésorerie provinciale. Les montants payés à chaque hôpital sont établis d'après les frais estimatifs d'un fonctionnement efficace et d'après les recettes qui proviennent de toutes sources. Ces taux de paiement par le système des services hospitaliers de la Saskatchewan sont fixés après discussion avec les hôpitaux par une commission spéciale qui relève directement de la Commission d'organisation des services de santé et

dont le travail est coordonné avec celui de la Division de l'organisation et de l'administration des hôpitaux, qui relève aussi de la Commission.

Les déficits de gestion des hôpitaux peuvent être partagés avec la province ou comblés en entier par l'organisme responsable en permanence de l'administration de l'hôpital.

En 1947, les paiements aux hôpitaux sont effectués d'après un tarif à forfait établi en conformité d'un barème de points servant à évaluer la suffisance relative de leurs aménagements. Bien qu'on ait reconnu que la "méthode de points" fût, en certains cas, avantageuse au classement et à la standardisation des hôpitaux, on s'est rendu compte que les paiements effectués sur cette base n'étaient pas en rapport étroit avec les frais de gestion de chaque hôpital et la nouvelle méthode a été introduite au début de 1948.

*Rapport sur l'hospitalisation.*—En 1947, un total de 1,309,288 jours de soins hospitaliers sont fournis en vertu du système des services hospitaliers de la Saskatchewan, sans compter les soins donnés aux nouveau-nés. Relativement à la population protégée, ce total donne une moyenne de 1·68 jours de soins par personne.

Les sorties au cours de l'année, sauf celles des nouveau-nés représentent 1,221,453 jours-patients ou 1·56 jour par personne. Les sorties totales s'établissent à 121,951 et le séjour moyen, à 10·0 jours par malade. Sous ce régime, les frais hospitaliers de 20,415 bébés nés à l'hôpital ont été payés en 1947.

Le tableau 49 du chapitre des *Soins hospitaliers en général* donne l'incidence de l'hospitalisation selon l'âge et le sexe.

*Dépenses.*—Les dépenses du système des services hospitaliers de la Saskatchewan s'élèvent à $7,560,763 en 1947. Les ajustements rétroactifs du tarif des hôpitaux, effectués en 1948 et qui atteignent $222,591, sont compris dans ce total. Sur ce montant, les dépenses d'hospitalisation représentent $6,963,258, tandis que les frais de gestion y compris les commissions payées aux percepteurs d'impôts, s'élèvent à $597,505 ou 8 p. 100 des dépenses totales.

Les dépenses totales, en vertu du programme, qui représentent un coût de $9.69 par personne protégée, sont imputables sur le revenu provenant en parts à peu près égales des taxes d'hospitalisation et des revenus généraux de la province.

*Régions sanitaires*

Le système d'unités régionales est essentiel aux projets de coordination des services de prophylaxie et de soins médicaux. Dans six régions sanitaires, la rectification des frontières en vue de les rendre conformes aux limites des régions des services hospitaliers provinciaux est presque terminée.

Les régions sanitaires sont subdivisées en districts sanitaires et un représentant de chaque municipalité, de chaque district d'amélioration locale ou de chaque partie constitutante est nommé au Conseil sanitaire du district. Chaque Conseil de district nomme des représentants à la Commission régionale de santé; le nombre de représentants varie d'après la population du district. D'habitude, un représentant est délégué à la Commission régionale pour chaque groupement de 5,000 personnes.

Tous les membres des conseils sanitaires de district se réunissent au moins une fois l'an en qualité de Conseil régional de santé, afin de soumettre à la Commission régionale des recommandations relatives à la ligne de conduite générale.

Le chapitre de la *Santé publique en général* étudie les services publics de santé organisés à l'échelle régionale.

### Programme de Swift-Current

En plus des services de prophylaxie fournis à l'échelle régionale, des services de santé personnelle sont mis à la disposition des résidants de la région sanitaire de Swift-Current par l'intermédiaire d'un programme d'assurance-santé administré par les autorités publiques.

*Application.*—Tous les résidants de la région sont admissibles aux services pourvu qu'ils ne tombent pas dans une catégorie exempte qui bénéficie des avantages des autres programmes provinciaux ou d'un programme du gouvernement fédéral. Par exemple, ceux qui souffrent du cancer, de la tuberculose et d'une maladie mentale sont aidés par ailleurs; ceux qui reçoivent de l'assistance publique de la province et certains groupes d'anciens combattants sont aussi exemptés. Les municipalités sont responsables des contributions de leurs résidants, y compris les indigents, de sorte que l'application du programme est générale.

En 1947, 48,193 personnes sont admissibles à ces avantages; en 1948, ce total passe à 51,000, sur une population totale de 55,000.

*Avantages.*—Voici les services fournis en 1947 et 1948: soins médicaux, y compris tous les services médicaux, chirurgicaux et obstétricaux. Dans les limites de la région, les bénéficiaires choisissent librement leur médecin et, en dehors, ils sont envoyés à des spécialistes désignés. Les autres services sont: services radiologiques, autres services de diagnostic et services hospitaliers aux malades externes, ainsi que les soins dentaires aux enfants de moins de 16 ans.

Au cours du second semestre de 1946, les services hospitaliers sont aussi fournis, mais cette partie du programme cesse lorsque le programme provincial d'hospitalisation entre en vigueur au début de 1947.

*Administration.*—Le programme est administré par une Commission régionale constituée de la même façon que les commissions des autres régions sanitaires; elle sert de commission locale de santé dans le cas

des services de santé publique, et de "bureau d'administration" dans le cas du programme des services de santé personnelle.

Le secrétaire de la Commission est un fonctionnaire à temps continu responsable de la direction du programme des services médicaux et connexes. L'administration de ce programme est distincte de l'administration régionale de la santé publique, qui relève du médecin de la Santé, mais les deux programmes sont administrés par un centre régional de santé et la présence du médecin de la Santé est souvent profitable au secrétaire de la Commission régionale.

Le Comité médical consultatif nommé par la société médicale du district en vue d'étudier les questions soumises par la Commission régionale facilite l'administration des services de médecins.

Les comptes reçus des médecins sont soumis au Comité médical de répartition qui les revise et les rectifie et soumet des recommandations relatives aux paiements.

*Finances.*—Le programme est défrayé par une taxe personnelle, une taxe foncière et des subventions provinciales. La taxe personnelle, en 1948, est fixée à $15 pour le premier membre d'une famille, $24 pour deux, $30 pour trois et $35 pour quatre personnes ou plus. Cette taxe, qui représente à peu près les deux tiers des recettes totales en 1948, constitue la principale source du fonds.

En plus, une taxe de 2·2 millièmes est imposée dans toute la région, d'après une assiette uniformisée. Cette taxe fournit un quart additionnel des recettes de la région, tandis que la province fournit le reste.

Les subventions provinciales comprennent la subvention par personne pour les soins médicaux, semblable à celle qui est accordée aux programmes municipaux de soins médicaux, et la moitié du coût approuvé des services radiologiques et dentaires, ainsi que des services pour les malades externes.

En 1947, les taxes imposées s'élèvent à $10 pour les célibataires, $20 pour une famille de deux personnes et $30 pour une famille de trois personnes ou plus. La taxe foncière est fixée à 2 millièmes sur une assiette uniformisée dans toute la région.

*Coût.*—Le budget de la région pour 1949 s'élève à $695,000 ou $13.65 par personne, à l'exclusion de $1.20 par personne affecté aux fins de la santé publique. On prévoit que les services de médecin, y compris les cas envoyés en dehors de la province, s'élèveront à $10 par personne.

Les médecins sont payés à même un fonds de $420,000 d'après des honoraires limités pour services rendus. En 1947, avant l'entente relative à la limitation des dépenses, les médecins de la région ont reçu en honoraires escomptés $410,850 ou un revenu brut moyen de $1,061 par mois.

Les recettes et les dépenses se répartissent ainsi en 1947:—recettes: $593,000 (taxe personnelle, $376,000; taxe foncière, $139,000; subventions, $77,000; divers, $1,000); dépenses: $600,000 (services médicaux, $460,000; services pour les malades externes, $50,000; services dentaires, $41,000; services radiologiques, $11,000; administration, $24,000; commissions aux municipalités, $15,000).

*Radiologie*

Les services radiologiques sont fournis par un radiologue employé à temps continu, qui sert tous les médecins ordinaires et tous les hôpitaux de la région. En 1947, le coût s'établit à $11,177, ou moins de la moitié du coût du même service fourni moyennant des honoraires.

*Soins dentaires*

Des dentistes payés à salaire et travaillant à temps continu donnent les services dentaires aux enfants dans des dispensaires stationnaires ou ambulants. En 1947, les dentistes privés fournissent aussi ce service mais ce genre de soins est discontinué au début de 1948 par suite de l'organisation plus avancée du programme des soins dentaires fournis par des dentistes employés à temps continu.

Les dentistes de la région reçoivent $22,627 en 1947, tandis que les frais payés par la région pour l'embauchage de dentistes régionaux et l'entretien des dispensaires s'élèvent à $18,296.

*Services pour les malades externes*

Les hôpitaux sont remboursés pour les services donnés aux malades externes, y compris les interventions chirurgicales mineures, les services de laboratoire, la physiothérapie, etc., ainsi que l'utilisation des instruments radiologiques. En 1947, le coût de ces services donnés aux malades externes s'élève à $1 environ par personne.

*Autres régions sanitaires*

Durant la seconde moitié de 1946, la région de Weyburn fournit des soins hospitaliers payés par anticipation, sur une base régionale. Le programme est discontinué lorsque le programme provincial entre en vigueur. La Commission régionale et les membres de la profession médicale de la région étudient un programme de soins médicaux, tandis qu'un programme de soins dentaires, qui doit entrer en vigueur en 1949, est projeté.

Dans d'autres régions, les projets visant à l'organisation des soins médicaux et dentaires sont étudiés.

*Programmes municipaux de soins médicaux*

Antérieurement, les programmes municipaux comprenaient les services médicaux, chirurgicaux et hospitaliers, mais depuis 1947, les services hospitaliers ne sont pas inclus.

En 1947, 111 municipalités rurales ont des programmes de soins médicaux, dont 50 fournissent des services médicaux et chirurgicaux et 45, les services médicaux en général seulement tandis que les autres ne paient qu'une partie du coût des services obtenus.

En plus, 54 villages et 13 villes dirigent des programmes. La plupart des programmes de services médicaux en général seulement restreignent les résidants aux services d'un seul médecin. Dans les cas où les services médicaux et chirurgicaux sont offerts, les avantages varient entre les services d'un seul médecin et ceux de plusieurs médecins, y compris les renvois aux spécialistes.

Le coût annuel des programmes qui ne fournissent que les soins médicaux en 1947 varie de $2.20 à $8.53 par personne, la plupart des cas coûtant de $2 à $5 par personne.

Les programmes qui fournissent les services médicaux et les services chirurgicaux coûtent de $2.34 à $12.53, la plupart variant de $4 à $6.

Les services municipaux de soins médicaux peuvent être financés au moyen d'une taxe générale, d'une taxe personnelle ou d'une combinaison des deux. Toute personne de plus de 21 ans, de même que toute personne indépendante de moins de 21 ans, est sujette à une taxe personnelle lorsqu'une telle taxe est imposée. Les résidants temporaires sont tenus de payer une taxe dont le minimum est fixé à $2.

La taxe personnelle pour les services locaux et régionaux est limitée à $40 par famille.

Des exemptions sont accordées aux personnes qui reçoivent des soins médicaux payés par la province ou le gouvernement fédéral.

Une taxe générale variant de 2 à 10 millièmes acquitte les dépenses de 81 municipalités rurales; 20 municipalités imposent une taxe personnelle et d'autres programmes sont financés par une combinaison de ces deux genres de cotisation.

Les municipalités et les districts d'amélioration locale qui dirigent des programmes de soins médicaux approuvés par la Commission d'organisation des services de santé sont admissibles aux subventions provinciales.

Les paiements effectués par la province sont fixés d'après une subvention uniforme de 25 cents par personne par année à chaque région qui a un programme approuvé, ainsi que d'après une subvention de péréquation destinée à l'amélioration des services dans les localités nouvelles ou pauvres. La subvention de péréquation varie de $2 par personne dans les régions où la cotisation par tête s'élève à moins de $300, à 20 cents dans les régions où la cotisation atteint $800 mais non pas $900. La subvention de péréquation n'est pas payée lorsque la cotisation par personne s'élève à $900 ou plus.

Les conditions relatives à l'approbation des programmes de soins médicaux comprennent: l'utilisation de contrats approuvés, que le paiement s'effectue sous forme de salaire, d'honoraires par personne ou d'honoraires pour services rendus; un programme de services préventifs; nul frais (sauf certains honoraires prohibitifs) pour les soins médicaux en général, les interventions chirurgicales et obstétriques mineures, ainsi que le paiement d'un salaire minimum aux médecins travaillant à ces conditions.

Les programmes qui ne sont pas approuvés, mais qui, d'après le ministre, méritent une aide, peuvent être admissibles à une partie de la subvention.

En 1947, des programmes approuvés de soins médicaux sont dirigés par 70 municipalités rurales, 10 villes et 25 villages.

Durant l'année financière 1947-1948, les subventions aux soins médicaux s'élèvent à un total de $107,712, contre $77,957 en 1946-1947.

*Associations bénévoles et fraternelles de soins médicaux*

Les programmes facultatifs de paiement par anticipation des services de médecins ont fait des progrès et des sociétés fraternelles ont été organisées, la plupart des membres étant de Regina et Saskatoon. En 1947, cinq sociétés sont actives en vertu de la loi sur les sociétés fraternelles de services médicaux et hospitaliers; deux d'entre elles éprouvent de graves difficultés financières et une vive diminution du nombre de leurs membres.

### Manitoba

Le programme de santé élaboré au Manitoba est destiné premièrement à prévenir la maladie et deuxièmement à placer les soins et les services médicaux modernes à la disposition de toute la population de la province. Le programme du Manitoba comprend quatre plans connexes: les unités sanitaires, les aménagements de diagnostic, les soins médicaux et les soins hospitaliers.

Les unités sanitaires organisées en vue de s'occuper de la prophylaxie sont décrites au chapitre de la *Santé publique en général*. Ce programme est essentiel au plan général de santé du Manitoba et est mis en œuvre le premier.

La deuxième caractéristique du programme du Manitoba est l'organisation des aménagements de diagnostic dans toute la province de sorte que tous les médecins auront à leur disposition des services suffisants de radiographie et de laboratoire. A l'exception de faibles frais de service, ces avantages seront offerts gratuitement aux malades.

La province se divise en quatre régions de diagnostic, formées d'unités comprenant un certain nombre d'unités d'hygiène locales. Les principaux centres de chaque région disposeront d'aménagements généraux et les techniciens de ces centres visiteront et examineront les services de diagnostic fournis dans les diverses unités. Le personnel d'administration est aussi centralisé dans chacune des quatre principales régions de diagnostic.

La province se charge des dépenses d'outillage, estimées à $300,000, et contribue aussi 33 cents par personne des frais estimatifs de fonctionnement, qui s'élèvent à 50 cents par personne par année. Le

reste des dépenses incombe à la municipalité. La province administre le projet et les municipalités lui remettent leur contribution au coût de l'entretien des aménagements. Toutes les municipalités d'une unité sanitaire peuvent participer au programme en adoptant une mesure à cet effet.

A la fin de 1948, Dauphin et Selkirk disposent d'une unité de diagnostic servant 38,000 personnes. Deux autres unités sont projetées. Les dépenses d'outillage pour les unités de diagnostic s'élèvent à $30,000. Au cours de 1948, les frais d'exploitation des deux unités s'élèvent à une moyenne de 60 cents par personne protégée.

La troisième caractéristique du programme de santé au Manitoba se rapporte à la médecine curative, qui est essentiellement une extension du programme municipal de médecins déjà existant. Ce nouveau programme perfectionne les méthodes au moyen desquelles les municipalités peuvent payer par anticipation pour les soins médicaux, et introduit le principe des subventions provinciales à ce genre de service. Le paiement peut s'effectuer sous forme de salaire, d'honoraires par personne ou d'honoraires pour services rendus. Lorsqu'une municipalité participe intégralement et coopérativement au programme de prophylaxie en contribuant à l'entretien d'une unité locale de santé et d'une unité de service de diagnostic, la province contribue au coût de la médecine curative en accordant une subvention de 50 cents par personne par année. Cette subvention est sujette à la condition de payer les services médicaux par anticipation. A la fin de 1948, aucune municipalité n'est admissible à la subvention.

Les fonds municipaux destinés à financer le service de soins médicaux, ainsi que la contribution des municipalités au coût des unités sanitaires et des services de diagnostic peuvent provenir d'une taxe personnelle de santé ou d'une taxe foncière annuelle. La taxe foncière minimum des services de soins médicaux s'établit à $4 par année et une cotisation fixe est prévue dans les régions rurales.

En 1948, 17 programmes municipaux de médecins sont en vigueur au Manitoba.

Un contrat-type adopté en 1947 par la Commission consultative nommée conformément à la loi sur les services d'hygiène comprend des dispositions relatives à la formation postuniversitaire et aux pensions de retraite, ainsi que des dispositions générales sur les conditions de pratique et la rétribution des services rendus. Le contrat prévoit aussi des honoraires plus élevés pour les médecins qui détiennent des certificats spéciaux pour l'adénectomie et l'amygdalotomie.

Des cours abrégés ont été organisés dans les hôpitaux approuvés où les médecins peuvent se qualifier en vue de ces certificats.

La quatrième caractéristique du programme manitobain a trait aux aménagements hospitaliers et à la surveillance des hôpitaux. On a créé un Conseil hospitalier qui soumet des recommandations au ministre et qui est chargé de l'organisation des régions et districts hospitaliers et de la surveillance des hôpitaux, y compris les normes établies de la construction, de l'outillage, de la comptabilité et des services. L'organisation des aménagements hospitaliers au Manitoba est étudiée dans la section des commodités hospitalières du chapitre des *Soins hospitaliers en général.*

L'administration des aménagements hospitaliers de chaque district relève de la Commission hospitalière locale, nommée par les municipalités. La législation encourage les municipalités à fournir les services hospitaliers, mais elle n'empêche aucune commission de faire des arrangements avec les communautés religieuses ou d'autres groupes en vue d'obtenir ces services.

Le programme général de santé est administré par le ministère provincial de la Santé et du Bien-être public. On a créé une Commission consultative de onze membres, comprenant des représentants de l'association médicale provinciale, des municipalités et de l'université provinciale. Les membres, qui ne reçoivent pas de rémunération et qui sont nommés pour un terme statutaire, sont chargés d'approuver tous les règlements adoptés en vertu de la loi.

On se propose d'encourager les recherches et de former un personnel technique; des subventions et des bourses augmenteront le nombre et rehausseront l'instruction des médecins, des techniciens, des infirmières en santé publique et des inspecteurs d'assainissement. Ce programme est étudié au chapitre du *Personnel de santé.* L'organisation du programme de santé au Manitoba s'effectue de manière à permettre son incorporation à un plan fédéral d'assurance-santé et accorde une importance particulière au projet de la médecine préventive. Le programme cherche aussi à fournir, dans les régions rurales, les services les plus nécessaires aux plus bas prix possibles.

Les programmes non gouvernementaux de soins hospitaliers et médicaux sont organisés sur une base de paiements anticipatifs au Manitoba et particulièrement dans la ville de Winnipeg. La Société médicale du Manitoba, organisée par la profession médicale, administre le programme le plus important de soins médicaux.

En 1947, le plan de la Croix-bleue au Manitoba protège 250,240 personnes et fournit des soins à 34,825. Les jours de soins et les visites des malades externes s'élèvent à 274,864. Au cours de 1948, le plan compte 262,446 membres et fournit 295,494 jours de soins à 35,006 malades, en plus des soins donnés à 4,783 accidentés.

### Ontario

Dès 1920, la possibilité d'organiser un programme d'assurance-santé attire l'attention publique en Ontario et l'Association médicale de cette province nomme un comité chargé d'étudier le problème. Toutefois, ce n'est qu'en 1931 que le comité soumet un rapport

sur la question de l'assurance-santé. Depuis lors, l'Association médicale continue de s'intéresser à cette question, ainsi qu'à celle de fournir des services de soins médicaux aux personnes à la charge publique.

Durant la même période les projets non gouvernementaux et industriels de soins médicaux et hospitaliers payés par anticipation ont connu en Ontario une expansion considérable.

Plusieurs industries de la province fournissent à leurs employés des soins médicaux en partie ou en entier, mais le genre de service et la méthode de financement ne sont pas uniformes.

Au cours des dernières années, l'application des programmes de soins médicaux payés par anticipation s'est répandue sensiblement. L'*Associated Medical Services*, organisée en 1937 avec siège social à Toronto, est le plus grand organisme de ce genre au Canada. Son plan prévoit la participation de tous les médecins enregistrés. Toute personne de moins de 55 ans peut soumettre une demande en vue de devenir membre et, si elle est acceptée, devient admissible à certains avantages relatifs aux soins médicaux, aux soins hospitaliers, aux médicaments et aux traitements spécialisés. La cotisation est de $2 par mois, et les taux pour des personnes à charge sont les suivants: $1.75 pour la première personne à charge, $1.50 pour la deuxième, $1.25 pour la troisième et $1 pour chacune des autres. Les honoraires payés aux médecins s'élèvent à 100 p. 100 du taux minimum des honoraires de l'Association médicale d'Ontario. L'augmentation des frais a nécessité une limitation des avantages au début de 1949.

En 1947, un nouveau programme de soins médicaux payés par anticipation est introduit en Ontario sous les auspices des médecins de la province. Il fournit une protection aux groupes et offre une grande variété d'avantages médicaux et chirurgicaux compris dans un programme général, ainsi que les soins chirurgicaux et obstétricaux seulement compris dans un autre plan. Ce programme est connu sous le nom de *Physicians' Services Incorporated*.

Le programme de soins hospitaliers de la Croix-bleue en Ontario compte plus de 1,250,000 membres, soit environ 30 p. 100 de la population de la province en 1948. L'importance relative de la Croix-bleue en ce qui concerne les soins hospitaliers est manifeste dans le chapitre des *Soins hospitaliers en général*, où l'on indique qu'elle a payé 13·6 p. 100 de tous les jours-patients dans les hôpitaux généraux publics de l'Ontario en 1947. Durant la même année, la Croix-bleue fournit 621,965 jours de soins en Ontario. En 1948, le plan fournit 1,097,121 jours de soins.

Sur le nombre total de jours de soins fournis par la Croix-bleue en 1947, plus des trois cinquièmes représentent des cas de chambre privée ou semi-privée.

*Services municipaux de santé.*—Les premiers pas en Ontario en vue d'une assurance-santé publique ont été faits en 1944 lorsque le gouvernement de la province adopte la loi des services municipaux de santé. Cette dernière prévoit des programmes locaux de soins médicaux, administrés par un Bureau central des services municipaux de santé.

Le Bureau peut conclure des ententes avec des municipalités relativement à des plans de santé, et avec des associations médicales, hospitalières ou autres, pour l'application effective de services dans les municipalités intéressées. Des fonds doivent être recueillis par les autorités locales par le moyen de taxation générale ou d'une taxe personnelle, et ils doivent être remis en entier au Bureau des services municipaux de santé pour déboursement. Tout conseil municipal peut nommer un comité consultatif pour aider et conseiller le Bureau dans l'exercice de ses fonctions en vertu des dispositions de la loi.

Lorsqu'un plan relatif aux services de santé, y compris les soins hospitaliers, est introduit dans une municipalité, cette dernière doit cesser de prélever des impôts de comté destinés à l'hospitalisation des indigents qui demeurent dans le comté.

La loi prévoit des subventions provinciales, et le lieutenant-gouverneur en conseil est autorisé à imposer des règlements portant sur ces subventions, ainsi que sur l'établissement de plans, le genre de services, le maximum de services qui doivent être rendus, l'exemption de personnes à la charge du public et de celles qui sont protégées par des plans de groupe embrassant les soins médicaux ou l'hospitalisation; il peut aussi diminuer ou annuler les taxes dans les cas de pauvreté extrême.

Certains plans municipaux peuvent être annulés au gré du lieutenant-gouverneur en conseil ou par un scrutin dans la municipalité après que ces plans y ont été en vigueur pendant trois ans.

Aucun programme de soins médicaux n'a été organisé en vertu de cette loi jusqu'à octobre 1948.

Avant 1948, seule la Commission provinciale établie par la loi pouvait conclure des ententes en vue de l'organisation effective de services de santé. Au cours de cette dernière année, la loi a été modifiée de façon que les municipalités puissent conclure des ententes individuelles relativement à ce genre de services et en payer le coût à même des fonds recueillis en vertu de la loi. Ce changement est sujet à une nouvelle disposition par laquelle toute entente entre une municipalité et une personne en vue de l'établissement de services de santé doit être approuvée, quant aux conditions des services, par l'organisation professionnelle dont cette personne est membre.

### Québec

Un Comité nommé par l'Association médicale du Québec pour étudier l'assurance-santé a recommandé, dans son rapport à l'assemblée annuelle de septembre 1932, l'adoption d'un système d'assurance-santé à participation obligatoire quelque peu analogue au système de la France.

En 1933, la Commission des assurances sociales du Québec, dans son rapport au ministre du Travail, recommande "d'avoir d'abord recours au plan subven-

tionné à participation facultative plutôt qu'au plan à participation obligatoire" vu qu'il serait facile de l'adapter aux sociétés de secours mutuels qui existent déjà.

En 1943, l'Assemblée législative adoptait une "Loi en vue de nommer une Commission d'assurance-santé". La Commission était chargée d'étudier à fond le problème de l'assurance-santé et de proposer un plan qui répondrait à la situation, mais aucun rapport n'a été publié et la loi a été abrogée en 1945.

Le programme de la Croix-bleue en opération dans le Québec compte plus de 330,000 abonnés en 1947 et plus de 400,000 en 1948. En cette dernière année plus de 4,800,000 jours de soin ont été défrayés.

Le programme, dirigé par l'Association des services hospitaliers du Québec, offre divers plans d'assurance qui peuvent comprendre des prestations chirurgicales et médicales aussi bien qu'hospitalières.

### Provinces Maritimes

Aucune mesure n'a encore été prise dans les provinces Maritimes en vue de l'assurance-santé bien que l'on puisse trouver en Nouvelle-Écosse le plan le plus ancien d'assurance-santé sur le continent. Les employés de la "Dominion Steel and Coal Company" au Cap-Breton (district de Glace-Bay) ont un système par lequel les ouvriers et les personnes à leur charge reçoivent des soins médicaux et des prestations en argent pour frais de maladie. La population normale protégée par ce système varie entre 30,000 à 35,000, et chaque employé (au nombre de 6,000 à 7,000) verse 95 cents par semaine indépendamment du montant de son salaire. Ces contributions sont déduites du salaire par la compagnie et versées dans une caisse commune qui sert à défrayer les soins médicaux et les prestations en argent.

En 1947, le plan de la Croix-bleue en vigueur dans les provinces Maritimes a protégé 269,035 personnes. En 1948, ce nombre a été de 298,668 et le nombre de jours de soins, de 322,062 pour 39,360 cas.

### Ouvriers industriels

L'estimation pour 1947 du champ d'application des plans de soins médicaux et de soins hospitaliers parmi les ouvriers industriels est basée sur les rapports d'un relevé des plans de pension et de bien-être fait en 1947-1948 par le Bureau fédéral de la statistique en collaboration avec le ministère du Travail et le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social. Ce relevé embrasse tous les établissements industriels au Canada qui emploient normalement 15 ouvriers ou plus. Un rapport provisoire indique que 300,000 employés d'établissements canadiens sont protégés par des plans prévoyant des prestations en argent pour frais de services médicaux et hospitaliers, 230,000 sont protégés par des plans de soins médicaux et 450,000 par des plans de soins hospitaliers.

---

Sources:


Royaume-Uni: La loi de 1946 sur le service national de santé. Communiqué aux journaux touchant le coût du service national de santé.

Bureau du haut commissaire d'Australie.

Comité spécial de la Chambre des communes sur la sécurité sociale. Procès-verbal des délibérations et témoignages.

"L'assurance-santé" par l'hon. Ian Mackenzie, ancien ministre des Pensions et de la Santé nationale.

Rapport du Comité consultatif sur l'assurance-santé.

Rapport de la Conférence fédérale-provinciale sur l'assurance-santé, 10-12 mai 1944.

Propositions sur l'assurance-santé, faites par le gouvernement du Canada, aux Conférences fédérales-provinciales, août 1945 et avril 1946.

Débats de la Chambre des communes, 14 mai 1948, discours du très hon. W. L. Mackenzie King touchant le programme national de santé.

Ministères provinciaux de Santé.

Service d'assurance-hospitalisation de la Colombie-Britannique.

Commission d'organisation des services de santé de la Saskatchewan.

Plans de la Croix-bleue en Colombie-Britannique, au Manitoba, en Ontario, dans le Québec et les provinces Maritimes.

Institut des affaires publiques, Université Dalhousie, Halifax.

*Associated Medical Services, Incorporated.*

# INDEX


Acte de l'Amérique du Nord britannique ..... 15
Administration de la santé publique ..... 15
Alberta—
—— assurance-santé ..... 125
—— aveugles ..... 44
—— cancer ..... 92
———— mortalité ..... 86
—— dentistes ..... 31
—— enfants informes ..... 59
—— hôpitaux ..... 111
———— aménagements ..... 104
———— dépenses ..... 107
———— nombre ..... 95
———— soins ..... 105
—— hygiène mentale ..... 82
—— infirmières ..... 33
—— maladies mentales ..... 73
———— institutions ..... 76
—— maladies vénériennes ..... 56
———— subventions ..... 55
—— médecins ..... 25, 26
———— âge ..... 29
—— naissances vivantes ..... 41
—— population âgée de 50 ans et plus ..... 12
—— santé publique ..... 48
———— personnel ..... 36
———— services ..... 18
—— services médicaux ..... 115
———— dépenses ..... 115
—— spécialistes ..... 28
—— subventions, formation professionnelle ..... 37
—— tuberculose, décès ..... 65
———— hôpitaux ..... 64, 67
———— mortalité ..... 61
———— sanatoriums ..... 65
———— services ..... 70
Anciens combattants, hôpitaux ..... 108
Assurance-santé ..... 117
—— Australie ..... 118
—— Comité consultatif ..... 120
—— contribution du gouvernement fédéral ..... 123
—— législation ..... 119
—— Nouvelle-Zélande ..... 118
—— ouvriers industriels ..... 132
—— propositions du gouvernement fédéral ..... 122
—— provinces ..... 124
—— résolutions des organismes nationaux ..... 123
—— Royaume-Uni ..... 117
—— Swift-Current ..... 127
Avant-propos ..... 3
Aveugles ..... 44
—— répartition ..... 45

Cancer ..... 85
—— diagnostic ..... 88
—— enseignement public ..... 88
—— facteurs économiques ..... 89
—— formation professionnelle ..... 88
—— initiatives fédérales ..... 90
—— initiatives provinciales ..... 90
—— lutte ..... 88
—— mortalité ..... 85
—— programmes ..... 87
—— recherches ..... 88
—— subvention ..... 90
Cécité ..... 44
Colombie-Britannique—
—— assurance-santé ..... 124
—— aveugles ..... 44
—— cancer ..... 93
———— mortalité ..... 86
—— dentistes ..... 31
—— enfants infirmes ..... 59
—— hôpitaux ..... 111
———— aménagements ..... 104
———— dépenses ..... 107
———— nombre ..... 95
Colombie-Britannique—*fin*
———— soins ..... 105
—— hygiène mentale ..... 83
—— infirmières ..... 33
—— maladies mentales ..... 73
———— institutions ..... 76
—— maladies vénériennes ..... 56
———— subvention ..... 55
—— médecins ..... 25, 26
———— âge ..... 29
—— naissances vivantes ..... 41
—— population âgée de 50 ans et plus ..... 12
—— santé publique ..... 49
———— personnel ..... 36
———— services ..... 18
—— services médicaux ..... 115
—— spécialistes ..... 28
—— tuberculose ..... 65
———— hôpitaux ..... 64, 67
———— mortalité ..... 61
———— sanatoriums ..... 65
———— services ..... 70
Comité consultatif de l'assurance-santé ..... 120
Comité spécial de sécurité sociale ..... 120
Conseil canadien d'hygiène publique ..... 19
Conseil des statistiques démographiques ..... 19
Conventions sanitaires internationales ..... 15
Coqueluche, mortalité ..... 40

Dentistes ..... 31
—— dépenses ..... 33
—— proportion de la population ..... 32
—— recrutement ..... 31
Diagnostic ..... 123
Diphtérie, mortalité ..... 40

Enfants infirmes ..... 57
—— initiatives fédérales ..... 57
Enquêtes, octrois ..... 21

Facteurs affectant les services de santé ..... 11
Fièvre scarlatine ..... 40
Fièvre typhoïde, lutte ..... 39
Formation professionnelle, subvention ..... 37

Gonorrhée ..... 53

Hôpitaux ..... 95
—— âge et sexe des hospitalisés ..... 105
—— aménagements ..... 101
—— anciens combattants ..... 108
—— besoins ..... 100
—— capacité en lits ..... 97
—— construction ..... 101
———— subvention ..... 102
—— dépenses ..... 107
—— immigration ..... 109
—— Indiens ..... 109
—— initiatives fédérales ..... 101
—— initiatives provinciales ..... 102
—— lèpre ..... 109
—— maladies mentales ..... 73, 76
—— marine ..... 109
—— organisation ..... 101
—— organismes dirigeants ..... 96
—— paiement des frais ..... 108
—— personnel ..... 37
—— soins ..... 104
———— initiatives fédérales ..... 108
———— initiatives provinciales ..... 109
—— source de fonds ..... 107
—— traitement actif ..... 108
—— tuberculose ..... 64
Hospitalisation ..... 95
—— aménagements ..... 95
—— soins ..... 104
Hygiène ..... 39

# INDEX—*Suite*


—— cécité ..... 44
—— enseignement ..... 39
—— infirmières ..... 34
—— maladies chroniques ..... 43
—— maladies transmissibles ..... 39
—— services de laboratoires ..... 39
Hygiène du milieu ..... 39
Hygiène mentale ..... 71
—— aménagements ..... 71
—— initiatives fédérales ..... 79
—— initiatives provinciales ..... 81
—— personnel ..... 72
—— subventions ..... 80

Île du Prince-Édouard—
—— assurance-santé ..... 132
—— aveugles ..... 44
—— cancer ..... 90
———— mortalité ..... 86
—— dentistes ..... 31
—— enfants infirmes ..... 58
—— hôpitaux ..... 109
———— aménagements ..... 102
———— dépenses ..... 107
———— nombre ..... 95
—— hygiène mentale ..... 81
—— infirmières ..... 33
—— maladies mentales ..... 73
———— institutions ..... 76
—— maladies vénériennes ..... 56
———— subvention ..... 55
—— médecins ..... 25, 26
———— âge ..... 29
—— naissances vivantes ..... 41
—— population âgée de 50 ans et plus ..... 12
—— santé publique ..... 47
———— personnel ..... 36
———— services ..... 18
—— spécialistes ..... 28
—— tuberculose, décès ..... 65
———— hôpitaux ..... 64, 67
———— mortalité ..... 61
———— sanatoriums ..... 65
———— services ..... 68
Immigration, hôpitaux ..... 109
Indiens, soins hospitaliers ..... 108
Infirmières ..... 33
—— diplômées ..... 35
—— hygiène publique ..... 34
—— recrutement ..... 35
Institutions, maladies mentales ..... 76
Introduction ..... 9

Lèpre, hôpitaux ..... 109

Maladies mentales ..... 72
—— hôpitaux ..... 73
—— institutions, encombrement ..... 78
—— traitements ..... 78
Maladies transmissibles, lutte ..... 39
Maladies vénériennes ..... 53
—— dépenses fédérales ..... 54
—— fréquence ..... 53
—— initiatives fédérales ..... 55
—— initiatives provinciales ..... 55
—— lutte ..... 55
———— dépenses ..... 56
—— programmes municipaux ..... 56
—— subventions ..... 53
Manitoba—
—— assurance-santé ..... 129
—— aveugles ..... 44
—— cancer ..... 91
———— mortalité ..... 86
—— dentistes ..... 31
—— enfants infirmes ..... 58
—— hôpitaux ..... 111
———— aménagements ..... 103
———— dépenses ..... 107
———— nombre ..... 95
—— infirmières ..... 33
Manitoba—*fin*
—— hygiène mentale ..... 82
—— maladies mentales ..... 73
———— institutions ..... 76
—— maladies vénériennes ..... 56
———— subvention ..... 55
—— médecins ..... 25, 26
———— âge ..... 29
—— naissances vivantes ..... 41
—— population âgée de 50 ans et plus ..... 12
—— santé publique ..... 48
———— personnel ..... 36
———— services ..... 18
—— spécialistes ..... 28
—— tuberculose ..... 65
———— hôpitaux ..... 64, 67
———— mortalité ..... 61
———— sanatoriums ..... 65
———— services ..... 69
Marine, hôpitaux ..... 109
Médecins, âge ..... 29
—— diplômes ..... 30
—— émigration et immigration ..... 30
—— proportion de la population ..... 26
—— recrutement ..... 30
—— santé publique ..... 36
—— spécialistes ..... 28
Médicaments, contribution du gouvernement fédéral ..... 123
Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social ..... 16
Mortalité infantile et puerpérale ..... 40
—— comparaisons internationales ..... 43

Nouveau-Brunswick—
—— assurance-santé ..... 132
—— aveugles ..... 44
—— cancer ..... 90
———— mortalité ..... 86
—— dentistes ..... 31
—— enfants infirmes ..... 58
—— hôpitaux ..... 110
———— aménagements ..... 102
———— dépenses ..... 107
———— nombre ..... 95
—— hygiène mentale ..... 81
—— infirmières ..... 33
—— maladies mentales ..... 73
———— institutions ..... 76
—— maladies vénériennes ..... 56
———— subvention ..... 55
—— médecins ..... 25, 26
———— âge ..... 29
—— naissances vivantes ..... 41
—— population âgée de 50 ans et plus ..... 12
—— santé publique ..... 48
———— personnel ..... 36
———— services ..... 18
—— spécialistes ..... 28
—— tuberculose ..... 65
———— hôpitaux ..... 64, 67
———— mortalité ..... 61
———— sanatoriums ..... 65
———— services ..... 68
Nouvelle-Écosse—
—— assurance-santé ..... 132
—— aveugles ..... 44
—— cancer ..... 90
———— mortalité ..... 86
—— dentistes ..... 31
—— enfants infirmes ..... 58
—— hôpitaux ..... 109
———— aménagements ..... 102
———— dépenses ..... 107
———— nombre ..... 95
—— hygiène mentale ..... 81
—— infirmières ..... 33
—— maladies mentales ..... 73
———— institutions ..... 76
—— maladies vénériennes ..... 56
———— subvention ..... 55
—— médecins ..... 25, 26
———— âge ..... 29

# INDEX—*Suite*


Nouvelle-Écosse—*fin*
—— naissances vivantes ... 41
—— population âgée de 50 ans et plus ... 12
—— santé publique ... 47
———— personnel ... 36
———— services ... 18
—— spécialistes ... 28
—— tuberculose ... 65
———— hôpitaux ... 64, 67
———— mortalité ... 61
———— sanatoriums ... 65
———— services ... 68

Octrois, enquêtes ... 21
Ontario—
—— assurance-santé ... 130
—— aveugles ... 44
—— cancer ... 91
———— mortalité ... 86
—— dentistes ... 31
—— enfants infirmes ... 58
—— hôpitaux ... 110
———— aménagements ... 103
———— comparaison avec la Saskatchewan ... 106
———— dépenses ... 107
———— nombre ... 95
—— hygiène mentale ... 82
—— infirmières ... 33
—— maladies mentales ... 73
———— institutions ... 76
—— maladies vénériennes ... 56
———— subventions ... 55
—— médecins ... 25, 26
———— âge ... 29
—— naissances vivantes ... 41
—— population âgée de 50 ans et plus ... 12
—— santé publique ... 48
———— personnel ... 36
———— services ... 18
—— soins médicaux ... 114
—— spécialistes ... 28
—— tuberculose ... 65
———— hôpitaux ... 64, 67
———— mortalité ... 61
———— sanatoriums ... 65
———— services ... 68
Organisation de la Santé publique ... 21
Organisation mondiale de la Santé ... 15

Personnel, dentistes ... 31
—— infirmières ... 33
—— médecins ... 25
—— spécialistes ... 28
Population, âge et sexe ... 12
—— proportion de 50 ans et plus ... 12
—— répartition proportionnelle ... 11

Québec—
—— aveugles ... 44
—— cancer ... 91
———— mortalité ... 86
—— dentistes ... 31
—— enfants infirmes ... 58
—— hôpitaux ... 110
———— aménagements ... 103
———— dépenses ... 107
———— nombre ... 95
—— hygiène mentale ... 82
—— infirmières ... 33
—— maladies mentales ... 73
———— institutions ... 76
—— maladies vénériennes ... 56
———— subvention ... 55
—— médecins ... 25, 26
———— âge ... 29
—— naissances vivantes ... 41
—— population âgée de 50 ans et plus ... 12
—— santé publique ... 48
———— personnel ... 36
———— services ... 18

Québec—*fin*
—— spécialistes ... 28
—— tuberculose ... 65
———— hôpitaux ... 64, 67
———— mortalité ... 61
———— sanatoriums ... 65
———— services ... 68

Recherches ... 21
Rougeole ... 40

Sanatoriums ... 64
Santé publique ... 15
—— Acte de l'Amérique du Nord britannique ... 15
—— administration ... 15
—— assurance ... 117
—— Bureau fédéral de la statistique ... 17
—— Conférence des ministres ... 121
—— Conseil canadien d'hygiène publique ... 19
—— Conseil des statistiques démographiques au Canada ... 19
—— Conseil national de recherches ... 17
—— coût des services ... 50
—— infirmières ... 36
—— ingénieurs ... 36
—— initiatives fédérales ... 45
—— initiatives provinciales ... 47
—— inspecteurs ... 36
—— organisation ... 21
—— personnel ... 25, 36
—— recherches ... 21
—— services locaux ... 19
—— services provinciaux ... 17
—— statistique ... 22
—— subventions ... 46
—— techniciens de laboratoire ... 36

Saskatchewan—
—— assurance-santé ... 126
—— aveugles ... 44
—— cancer ... 92
———— mortalité ... 86
—— dentistes ... 31
—— enfants infirmes ... 59
—— hôpitaux ... 111
———— aménagements ... 103
———— comparaison avec l'Ontario ... 106
———— dépenses ... 107
———— nombre ... 95
—— hygiène mentale ... 82
—— infirmières ... 33
—— maladies mentales ... 73
———— institutions ... 76
—— maladies vénériennes ... 56
———— subvention ... 55
—— médecins ... 25, 26
———— âge ... 29
—— naissances vivantes ... 41
—— population agée de 50 ans et plus ... 12
—— santé publique ... 48
———— personnel ... 36
———— services ... 18
—— soins médicaux ... 114
—— spécialistes ... 28
—— tuberculose ... 65
———— hôpitaux ... 64, 67
———— mortalité ... 61
———— sanatoriums ... 65
———— services ... 69
Sécurité sociale ... 120
Services dentaires ... 115
Services de santé ... 17
—— facteurs ... 11
Services infirmiers ... 123
Services médicaux ... 113
—— contribution du gouvernement fédéral ... 123
Soins hospitaliers ... 104
—— contribution du gouvernement fédéral ... 123
—— initiatives fédérales ... 108
—— initiatives provinciales ... 109

# INDEX—*Fin*

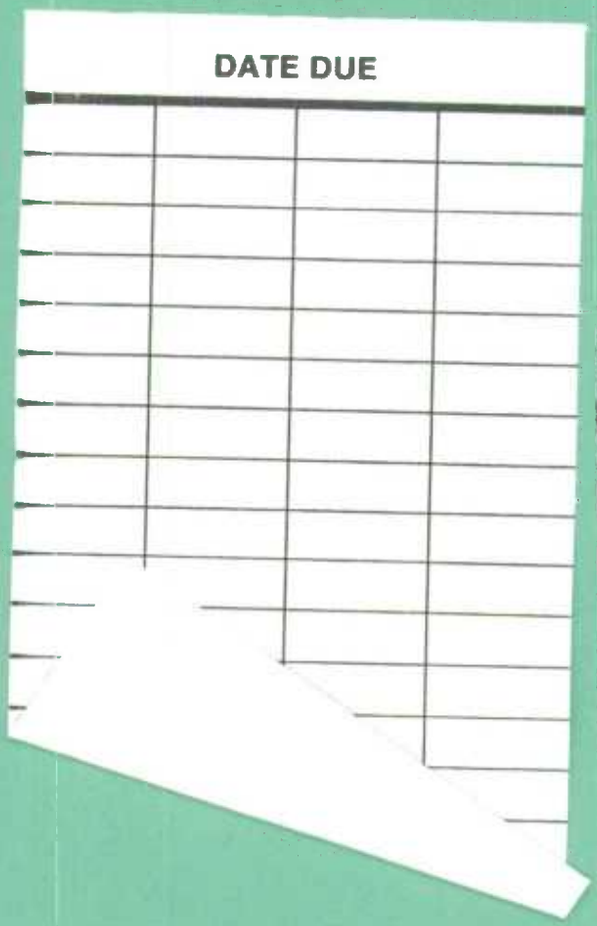

Soins médicaux ..... 113
—— dépenses ..... 113
—— initiatives fédérales ..... 114
—— programmes municipaux ..... 128
—— programmes provinciaux ..... 114
Spécialistes ..... 28
Statistique ..... 22
Subventions, assurance-santé ..... 122
—— cancer ..... 90
—— enfants infirmes ..... 58
—— enquêtes ..... 21
—— formation professionnelle ..... 37
—— hôpitaux, construction ..... 102
—— hygiène mentale ..... 80
—— maladies vénériennes ..... 53
—— tuberculose ..... 67
Swift-Current, assurance-santé ..... 127
Syphilis ..... 53

Table des matières ..... 5
Tuberculose ..... 61
—— décès ..... 65
—— hôpitaux ..... 64
——— dépenses ..... 67
—— initiatives fédérales ..... 66
—— initiatives provinciales ..... 68
—— lutte ..... 66
—— mortalité ..... 61
——— comparaisons internationales ..... 63
—— sanatoriums ..... 64
—— subventions ..... 67
—— traitements ..... 66

STATISTICS CANADA LIBRARY
BIBLIOTHÈQUE STATISTIQUE CANADA
1010365733

C. 2

Ca 005



EDMOND CLOUTIER, C.M.G., B.A., L.Ph.,
IMPRIMEUR DU ROI ET CONTRÔLEUR DE LA PAPETERIE
OTTAWA, 1950