



Gouvernement  
du Canada

Government  
of Canada

# **NOUVELLE PERSPECTIVE DE LA SANTÉ DES CANADIENS**

un document de travail

**Marc Lalonde**

Ministre de la Santé nationale et du Bien-être social

©

Ministre des Approvisionnements et Services Canada 1981

N° de cat. H31-1374  
ISBN 0-662-50019-9

# **Table des matières**

	<b>Page</b>
AVANT-PROPOS .....	5
INTRODUCTION .....	9
1. CONCEPTION TRADITIONNELLE DU DOMAINE DE LA SANTÉ .....	11
2. LACUNES DE LA CONCEPTION TRADITIONNELLE .....	13
3. PROBLÈMES MAJEURS DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ ... ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION.....	20 20
PROBLÈMES RELATIFS À L'ORGANISATION ET À LA DISTRIBUTION DES SOINS .....	28
4. LA CONCEPTION GLOBALE DE LA SANTÉ.....	33
5. DIFFICULTÉS D'APPLICATION DE LA CONCEPTION GLOBALE DE LA SANTÉ.....	37
6. POPULATIONS EXPOSÉES AU RISQUE.....	40
7. POUVOIRS CONSTITUTIONNELS ET RÔLE ACTUEL DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL .....	45
8. LA RECHERCHE ET LA CONCEPTION GLOBALE DE LA SANTÉ .....	58
9. LA SCIENCE ET LA PROMOTION DE LA SANTÉ .....	60
10. LES SOINS ET LE TRAITEMENT .....	62
11. LA SANTÉ MENTALE .....	64
12. LA CONCEPTION GLOBALE DE LA SANTÉ ET LES STRATÉGIES ENVISAGÉES.....	67
CONCLUSION	
RÉFÉRENCES	
ANNEXE A	

**NOUVELLE  
PERSPECTIVE  
DE LA  
SANTÉ DES  
CANADIENS**

un document de travail

**Ottawa, avril 1974**

## ***Avant-propos***

La santé est l'assise du progrès social. Les citoyens d'un pays ne peuvent tirer pleinement partie de la vie et n'être heureux que dans la mesure où ils jouissent d'une bonne santé.

Les gouvernements fédéral et provinciaux ont eu vite fait de reconnaître que la santé, physique et mentale, constituait l'élément essentiel du mieux-être des citoyens et, pour cette raison, ils ont oeuvré ensemble à la mise sur pied d'un système de distribution des soins\*, qui bien qu'encore imparfait, se compare avantageusement à n'importe quel autre au monde. On a incorporé à ce système un régime collectif d'assurance-maladie qui supprime grandement les obstacles d'ordre financier se rattachant habituellement aux soins médicaux et hospitaliers. À l'assurance-maladie s'ajoutaient des programmes d'aide à la construction d'hôpitaux et à la formation de médecins et autres spécialistes de la santé.

Le système de distribution des soins ne représente cependant qu'un des nombreux moyens visant à conserver et à améliorer la santé. Le relèvement du niveau de vie, les mesures importantes prises pour la protection de la santé publique et les progrès réalisés dans le domaine des sciences médicales, ont contribué tout autant, sinon davantage, à améliorer l'état de santé des Canadiens.

Parallèlement aux améliorations apportées sur le plan des soins médicaux, du niveau de vie, de la protection de la santé publique et des sciences médicales, de puissantes forces adverses sont venues freiner les efforts visant à hausser le niveau de santé des Canadiens. Parmi ces forces adverses qui en somme ne sont que la rançon du progrès économique, mentionnons: la pollution de l'environnement, la vie en milieu urbain, le manque d'exercice, l'abus de l'alcool, du tabac et des drogues et enfin, les habitudes alimentaires qui de nos jours sont axées davantage sur la satisfaction des sens que sur les besoins du corps humain. Face à tous ces dangers pour la santé qui tirent leurs origines dans l'environnement et le comportement humain, le système actuel des soins ne sert guère à

---

\* Dans le présent document, l'expression "système de distribution des soins" se réfère au système au moyen duquel sont dispensés des soins aux particuliers. "Domaine de la santé" constitue une expression beaucoup plus vaste qui englobe toutes les questions touchant la santé.

autre chose qu'à accueillir et à soigner les victimes de ces abus. Les hôpitaux, les médecins, les chirurgiens et la profession infirmière consacrent le gros de leurs efforts au traitement des maladies causées par des éléments nocifs du milieu et des excès sur le plan individuel.

Il nous apparaît maintenant manifeste que l'assainissement du milieu, la réduction des risques auxquels l'individu s'expose délibérément et la connaissance approfondie de la biologie humaine, constituent des préalables essentiels à la réalisation d'une vie meilleure, plus longue et plus saine, pour un nombre accru de Canadiens.

Alors qu'il est relativement facile de convaincre un malade souffrant de consulter un médecin, il n'en va pas de même lorsqu'il s'agit d'amener un bien portant à se corriger de mauvaises habitudes qui peuvent causer des torts éventuels à sa santé. Il n'est pas facile non plus de changer le milieu lorsque les mesures proposées donnent non seulement lieu à des inconvénients sociaux, mais touchent uniquement certaines catégories d'individus et que leurs effets ne sont pas toujours évidents à court terme. L'expression selon laquelle les individus sont "maîtres de leur propre sort" semble devoir se confirmer dans les faits.

Si l'on compte véritablement améliorer la situation, il est indispensable que les Canadiens prennent davantage conscience des dangers pour la santé que constituent leurs propres habitudes de vie et le milieu dans lequel ils évoluent. Or, on peut d'ores et déjà remarquer certains indices laissant entrevoir une préoccupation croissante en ce sens. En effet, la population manifeste un intérêt accru pour toutes les questions se rapportant à la protection du milieu, à une meilleure alimentation et aux activités physiques de loisirs.

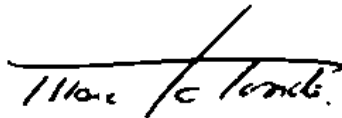
Le gouvernement du Canada se propose dorénavant d'accorder à la biologie humaine, à l'environnement et aux habitudes de vie, autant d'importance qu'au financement du système de soins afin que les Canadiens puissent bénéficier des nombreux avantages découlant de ces quatre grands moyens d'action. L'État doit s'employer non seulement à prolonger la vie des citoyens mais à rendre celle-ci plus saine, de sorte que tous jouissent pleinement des mesures toujours plus nombreuses de progrès économique et d'équité sociale.

Le gouvernement du Canada partage avec les gouvernements provinciaux et municipaux l'intérêt envers le mieux-être des citoyens et il a tenu compte de ce fait dans la préparation du présent document de travail. Le gouvernement canadien est également conscient que la distribution des soins à l'ensemble de la population est nettement de compétence provinciale. Il n'en demeure pas moins qu'il existe des problèmes de santé à l'échelle nationale qui transcendent les frontières provinciales et qui sont partie intégrante du tissu social de l'ensemble du pays. On ne peut résoudre ces problèmes en dispensant

uniquement des soins médicaux mais en fournissant plutôt aux Canadiens la protection, l'information et les moyens qui leur permettront de s'associer aux spécialistes de la santé dans la lutte pour la conservation de la santé et pour l'accès à une vie plus saine.

À l'exemple du Document de travail sur la sécurité sociale au Canada, nous avons étudié ici tous les aspects d'un sujet fondamental, indépendamment de toute question de compétence constitutionnelle. Seul un examen de ce genre peut nous permettre de comprendre les problèmes et les causes sous-jacentes et prévoir le mode légitime d'intervention fédérale qui s'impose. Suite à cette étude, nous avons donc élaboré un schéma d'analyse du domaine de la santé dont j'ai donné les grandes lignes dans un discours que j'ai prononcé à Ottawa, le 10 septembre 1973, lors de la Conférence panaméricaine sur la santé. Les ministres provinciaux de la santé ont souscrit à ce schéma lors de leur réunion à Ottawa les 13 et 14 février 1974. L'unanimité réalisée par les autorités fédérales et provinciales ouvre d'immenses possibilités quant à l'amélioration du niveau de santé des Canadiens.

Le présent document de travail, comme son titre le laisse entendre, vise à ouvrir une nouvelle perspective de la santé des Canadiens et, par voie de conséquence, à stimuler l'intérêt de la population et à favoriser ainsi le dialogue sur les futurs programmes de santé du pays. Ce document ne prétend pas être exhaustif pas plus qu'il ne constitue un engagement définitif, à l'intérieur d'une période de temps déterminée, à l'égard de quelque forme d'action que ce soit. Nombreux seront assurément ceux qui mettront en cause l'importance relative accordée à l'un ou l'autre aspect de la question et toutes les idées que nous formulons ne susciteront pas davantage l'assentiment général. Je ne voudrais pas qu'il en soit autrement, car une polémique de bon ton alliée à un échange honnête de vues m'apparaissent être les seuls moyens pouvant nous mener sur la voie de la compréhension et du progrès en matière de santé.

A handwritten signature in black ink, reading "Marc Lalonde". The signature is written in a cursive, slightly slanted style. A horizontal line is drawn across the top of the signature, intersecting the letters.

Marc Lalonde

Ministre de la Santé nationale et du Bien-être social





## ***Introduction***

Dans son ouvrage intitulé *Natural Theology*, William Paley écrit:

“Le repos nocturne et le pain quotidien, l’usage des membres, des sens et de la raison, voilà des dons d’une richesse incomparable”.<sup>1</sup>

Ce sont de ces dons que le gouvernement, par l’intermédiaire de ses politiques en matière de santé et de bien-être social, cherche à faire bénéficier le plus grand nombre possible de Canadiens.

En raison de la condition humaine, le bien-être parfait pour tous est sans doute hors de notre portée, mais on peut faire bien davantage pour combattre la maladie ou l’invalidité et promouvoir chez l’individu un état de santé qui, tout en tenant compte de son âge, lui permette de s’adonner à un niveau normal d’activités physiques, mentales et sociales.

À l’évidence, la plupart des Canadiens désirent jouir d’une bonne santé et d’une longue vie mais bien qu’ils soient disposés dans l’immédiat à sacrifier une certaine mesure de plaisir pour se maintenir en santé, ils n’acceptent guère de renoncer à tous leurs abus ou de supporter certains inconvénients en vue de prévenir la maladie.

Le comportement de nombreuses personnes traduit la conviction que les probabilités statistiques, lorsqu’elles sont mauvaises, ne s’appliquent qu’aux autres. C’est précisément ce sentiment qui soutient le combattant, le criminel et le conducteur de voiture de course car il serait impossible à ces personnes de poursuivre leurs activités si elles s’arrêtaient aux risques et à la loi des probabilités. C’est également le refuge des personnes dont les habitudes de vie augmentent les possibilités de maladie, d’accidents et de décès prématurés.

Pourtant lorsque la maladie frappe, le malade exige des soins rapides et excellents; tous les moyens doivent être mis en oeuvre pour le guérir, quoi qu’il en coûte.

Les attitudes, convictions et aspirations précitées sont essentielles à la compréhension du développement du système de soins au Canada. Elles constituent les raisons pour lesquelles les Canadiens sont prêts à dépenser une

portion tellement considérable de leur revenu national pour les soins médicaux alors qu'ils tolèrent les dangers provenant du milieu et des habitudes de vie, lesquels sont pourtant l'une des causes principales de maladies et de décès.

Le présent document de travail se propose donc notamment de dégager les rapports qui existent entre les maladies et les décès d'une part, et les causes sous-jacentes qui leur sont reliées, d'autre part. Nous serons en mesure, une fois ces rapports connus, de juger si certains risques ou certaines privations en valent la peine.

Ce genre d'appréciation doit être effectué sur trois plans: d'abord sur le plan individuel quant à nos propres habitudes de vie, ensuite sur le plan social relativement aux valeurs prônées par la société et enfin sur le plan gouvernemental du point de vue des crédits affectés à la conservation de la santé et des restrictions que les gouvernements imposent à la population en tant que protecteurs du citoyen.

C'est essentiellement en vue d'aider les intéressés à porter ces jugements de valeur que le présent document a été rédigé.

# **Chapitre 1. Conception traditionnelle du domaine de la santé**

Selon l'opinion traditionnelle ou généralement admise, l'art ou la science de la médecine a été la source de tous les progrès réalisés dans le domaine de la santé, et la plupart des individus considèrent le niveau de santé et la qualité de la médecine comme synonymes. Le public admet généralement que c'est à l'hygiène publique, et aux soins assurés par le médecin-hygiéniste, le praticien, l'infirmière, ou au milieu hospitalier qu'il est redevable des améliorations apportées dans le domaine de la santé. Les soins médicaux en particulier ont occupé une place de choix, et des sommes considérables ont été affectées à l'amélioration de leur qualité et de leur accessibilité.

Le succès remporté par le système canadien de distribution des soins, tout spécialement dans le traitement des maladies, ne fait pas de doute, et la demande actuelle de la population canadienne en vue d'une amélioration qualitative et quantitative des soins est aussi forte qu'auparavant. La médecine préventive, notamment la pratique de l'immunisation, a virtuellement éliminé des fléaux tels que la petite vérole, la diphtérie et la poliomyélite et de nouvelles méthodes chirurgicales permettent de sauver annuellement des milliers de personnes qui auraient succombé il y a trente ans. L'enseignement dispensé dans les écoles de médecine et les cours supérieurs de spécialisation peuvent se comparer avantageusement à ceux de n'importe quel pays au monde; de plus, la qualité du service et de l'appareillage technique des hôpitaux canadiens ne le cède en rien à celle des autres nations. En outre, le pays est doté dans l'ensemble d'un personnel infirmier compétent et nombreux. Pour ce qui est enfin de la quantité et de la qualité des soins et de leurs méthodes de financement, il y a sans doute des possibilités d'amélioration mais le Canada occupe une position enviable.

Pour l'ensemble de la population, le domaine de la santé et le système de soins médicaux sont synonymes. Cette notion est attribuable dans une large mesure à l'image puissante projetée par la médecine et le rôle qu'elle joue dans la lutte contre les maladies parasitaires et infectieuses, aux progrès de la chirurgie, à la réduction du taux de mortalité infantile et à la mise au point de nouveaux produits pharmaceutiques. Cette image est encore renforcée par la publicité sur les produits pharmaceutiques, les téléromans présentant le médecin comme un

héros, et le sentiment de vénération que beaucoup de Canadiens éprouvent pour leur médecin.

En raison de cette conception traditionnelle des soins, la plupart des dépenses directes de santé sont axées sur le médecin, notamment les soins médicaux et hospitaliers, les examens de laboratoire et les médicaments de prescription. Si l'on ajoute à cela les soins dentaires et les frais d'autres spécialités telles que l'optométrie et la chiropraxie, on constate que près de sept milliards de dollars sont dépensés annuellement pour un système reposant essentiellement sur le traitement des maladies.

## **Chapitre 2. Lacunes de la conception traditionnelle**

Les divers facteurs influant sur la fréquence de la maladie peuvent être déterminés selon deux méthodes. La première consiste en un examen historique: il s'agit alors de déterminer dans quelle mesure les différentes influences ont contribué, au fil des années, à modifier la nature et la fréquence des maladies et des décès. La deuxième consiste à recueillir les statistiques actuelles sur la morbidité et la mortalité et à déterminer leurs causes sous-jacentes.

L'approche historique est présentée de la façon la plus explicite par le Dr Thomas McKeown, professeur de médecine sociale à l'Université de Birmingham.<sup>2</sup> Le Dr McKeown a étudié la situation sanitaire en Angleterre et au pays de Galles depuis le XVIII<sup>e</sup> siècle et a évalué le rôle de plusieurs facteurs à cet égard. Ses conclusions sont les suivantes:

“Par ordre d'importance, les principaux facteurs d'amélioration de la santé en Angleterre et au pays de Galles ont été l'émergence de familles moins nombreuses (changement de comportement), l'accroissement des denrées alimentaires, un milieu physique relativement plus sain (influence du milieu) et des mesures préventives et thérapeutiques particulières”.<sup>3</sup>

et

“Par le passé, le progrès a été surtout attribuable à la modification du comportement et à l'évolution du milieu et c'est vers ces facteurs que nous devons surtout nous tourner si nous voulons poursuivre notre marche en avant”.<sup>4</sup>

Ces conclusions tirées d'une analyse de l'histoire du niveau de santé de la population n'étonnent pas si l'on songe aux progrès réalisés dans le domaine de la sécurité du revenu, de l'éducation, et de la protection contre les dangers pour la santé publique, au cours du siècle dernier.

La seconde méthode consiste à examiner la nature et les causes sous-jacentes actuelles de la mortalité et de la morbidité hospitalière au Canada.

## **Mortalité**

En ce qui concerne tout d'abord la mortalité, les statistiques relatives aux causes de décès démontrent clairement la prédominance des décès après l'âge de 70 ans. Vu que, en 1971, les personnes décédées après 70 ans représentaient au-delà de 50 p. 100 de l'ensemble des mortalités, cette forte proportion de décès à l'intérieur de ce groupe tend parfois à faire oublier le fait qu'un nombre tout aussi important de décès survient avant cet âge. Or, ce sont ces derniers qui ont un effet défavorable sur la situation de la santé au Canada, du moins en ce qui a trait au nombre de décès, et cette statistique ne peut être interprétée correctement qu'à la condition d'être isolée des statistiques globales de mortalité.

Les chiffres ci-dessous rendent compte de la situation canadienne: des 157,300 décès de toutes sortes enregistrés en 1971, 75,200 sont survenus avant l'âge de 70 ans. Ce sont précisément ces décès prématurés qui ont fait l'objet d'une analyse.

Des 75,200 décès prématurés, 7,600 (environ 10 p. 100) sont survenus chez des enfants de moins de cinq ans. De ce nombre, 1,500 étaient dus à des anomalies congénitales et 3,300 étaient attribuables à d'autres causes qui ont entraîné le décès peu de temps après la naissance.

Pourvu que la qualité actuelle des services obstétricaux et de soins aux nouveau-nés soit maintenue, il est généralement reconnu que les soins prénatals, au début de la grossesse de même que le dépistage des grossesses à risque particulièrement élevé, représentent les principaux instruments de lutte contre la mortalité infantile. Il est également exact que les couches défavorisées de la population, populations autochtones incluses, occupent une place disproportionnée dans la mortalité infantile au Canada. Par ailleurs, les classes relativement aisées de la société semblent être plus sensibilisées à l'importance des soins prénatals que les groupes défavorisés. Il faut enfin noter que le régime universel d'assurance-maladie a virtuellement éliminé les obstacles financiers qui empêchaient une femme enceinte de recevoir les soins prénatals requis. En raison de ces considérations on peut conclure que la situation économique, l'éducation sanitaire, le comportement et l'accessibilité aux soins médicaux, de même que l'amélioration des soins prénatals, constituent les principaux éléments menant à la diminution de la mortalité infantile. Bref, le milieu et les risques auxquels l'individu s'expose délibérément, y compris son attitude mentale, sont les principaux agents pouvant amener une réduction du taux de mortalité infantile.

Les principales causes de décès chez les personnes âgées de 5 à 35 ans sont, par ordre d'importance, les accidents de la route, les autres accidents et le suicide. Ces trois causes réunies sont responsables de 6,200 des 9,700 décès survenant dans ce groupe d'âge. Or, ces causes de décès étant attribuables principalement

à des facteurs humains – négligence, conduite d'un véhicule lorsque les facultés sont diminuées, désespoir, risques délibérés, etc. – il va de soi qu'il faut s'attaquer à ces facteurs de comportement si l'on veut réduire le taux de mortalité.

À partir de 35 ans, les maladies coronariennes deviennent une des causes importantes de décès (plus de 5 p. 100). À l'âge de 40 ans, ces maladies figurent en tête de liste des causes de décès et continuent de l'être dans une proportion croissante dans tous les autres groupes d'âge suivants.

Chez les personnes âgées de 35 à 70 ans, les maladies cardio-vasculaires sont responsables du décès de 25,700 personnes sur un total de 58,000 décès. Les causes de ces maladies sont variées, mais il ne fait guère de doute que l'obésité, l'usage du tabac, le stress, le manque d'exercice et les régimes à haute teneur en matières grasses y jouent un rôle considérable. Tous ces facteurs se rattachent au milieu et aux habitudes de vie.

Chez les hommes de 50 ans, la deuxième cause de décès est le cancer du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon. Ces formes de cancer ont provoqué en 1971 la mort de 3,600 personnes, hommes et femmes, entre 40 et 70 ans. Dans ce groupe d'âge la bronchite, l'emphysème et l'asthme ont causé à eux seuls 1,400 décès. Or, pour ces 5,000 décès, la cigarette est un des principaux facteurs. Une fois de plus nous nous trouvons donc en face de dangers auxquels l'individu s'expose délibérément.

Afin de déterminer les causes principales des décès prématurés et d'en faire l'appréciation, on a calculé le nombre d'années possibles de vie perdues pour chaque catégorie, en se fondant sur une espérance de vie de 70 ans et en faisant abstraction des causes de mortalité infantile. D'après ces calculs, voici le nombre d'années perdues en 1971, pour chacune des cinq principales causes de décès:

Cause	Total des années perdues
Accidents de la circulation	213,000
Cardiopathie ischémique	193,000
Autres accidents	179,000
Maladies respiratoires et cancer du poumon	140,000
Suicide	69,000

Il est à noter que les risques auxquels un individu s'expose délibérément et les dangers provenant du milieu représentent les principaux facteurs ou les facteurs sous-jacents importants pour chacune des cinq principales causes de décès entre l'âge d'un an et 70 ans. Force nous est donc de conclure qu'à moins

de modifier le milieu et d'apporter des correctifs aux habitudes de vie, il est virtuellement impossible de diminuer sensiblement le taux de mortalité.

## **Morbidité hospitalière**

Les taux de mortalité n'étant pas les seuls indicateurs du niveau de santé de la population, une analyse semblable a été effectuée dans le cas de la morbidité hospitalière, à savoir les maladies nécessitant l'hospitalisation.

Pour fins d'analyse, on peut classer la morbidité en trois catégories:

1. morbidité hospitalière: maladies nécessitant l'hospitalisation
2. morbidité non hospitalière: maladies traitées à l'extérieur des hôpitaux
3. morbidité non traitée: maladies traitées par le patient même, guérissant spontanément ou non dépistées.

Étant donné que l'on ne dispose au Canada d'aucune autre statistique que celle portant sur la morbidité hospitalière, c'est sur celle-ci qu'a porté notre examen. Aux fins de la présente analyse, l'hospitalisation pour un accouchement exempt de complications a été exclue en raison du postulat qu'il ne s'agit pas d'une maladie mais plutôt d'un phénomène naturel.

Les affections du système cardio-vasculaire ont été de loin les principales causes d'hospitalisation, ayant entraîné à elles seules 7,600,000 journées d'hospitalisation sur un total de 38,600,000 enregistrées en 1970 dans les hôpitaux généraux pour maladies aiguës. En second lieu, venaient les fractures, les blessures crâniennes, les brûlures et toutes autres affections attribuables à des accidents ou à la violence (3,100,000 journées d'hospitalisation). Le comportement et la négligence de la personne constituent les principaux facteurs ou les facteurs importants sous-jacents à l'hospitalisation sous ces deux rubriques. Les maladies mentales venaient en troisième lieu avec 2,200,000 journées d'hospitalisation, dans les hôpitaux généraux pour maladies aiguës; on leur attribuait en outre 21,200,000 journées de maladie dans les établissements psychiatriques en 1970.

## **Risques auxquels l'individu s'expose délibérément**

La liste ci-après nous fait voir l'origine de certaines maladies et les conséquences funestes des risques auxquels l'individu s'expose délibérément, sous forme d'abus.

### **1. Drogues**

a) *alcoolisme*: prédispose à la cirrhose du foie, à l'encéphalopathie et à la malnutrition.



b) *consommation abusive d'alcool en société*: prédispose aux accidents de la route et à l'obésité.

c) *cigarette*: prédispose à la bronchite chronique, à l'emphysème, au cancer du poumon et à l'aggravation des maladies des artères coronaires.

d) *abus des médicaments*: entraîne la dépendance et des réactions adverses aux médicaments.

e) *dépendance aux drogues psychotropes*: contribue au suicide, à l'homicide et prédispose à la malnutrition et aux accidents.

f) *utilisation en groupe de drogues psychotropes*: prédispose à l'aliénation sociale et aux crises d'anxiété aiguë.

## **2. Alimentation et exercice**

a) *suralimentation*: prédispose à l'obésité et à ses conséquences.

b) *régimes à haute teneur en matières grasses*: favorisent peut-être l'athérosclérose et les affections des artères coronaires.

c) *consommation excessive d'hydrates de carbone*: prédispose à la carie dentaire.

d) *vagues alimentaires*: prédisposent à la malnutrition.

e) *manque d'exercice*: aggravation des maladies des artères coronaires, prédispose à l'obésité et à la forme physique médiocre.

f) *malnutrition*: maints problèmes de santé.

g) *manque de loisirs ou de détente du travail et d'autres tensions*: maladies associées au stress telles que l'hypertension, les affections des artères coronaires et les ulcères de l'estomac.

## **3. Autres**

a) *imprudence au volant et non-utilisation des ceintures de sécurité*: entraînent des accidents et blessures souvent fatales.

b) *promiscuité sexuelle et négligence*: propices à la syphilis et à la blennorragie.

## **Les dangers du milieu**

En ce qui a trait aux dangers du milieu physique et social sur lequel l'individu exerce peu d'influence sinon aucune, on suppose généralement que toutes les mesures connues d'hygiène publique ont été appliquées dans tout le pays et que l'action du gouvernement protège le public contre ce genre de danger. Or, un examen plus attentif de la situation démontre que l'application des mesures

connues d'hygiène publique comporte beaucoup de lacunes. La contamination de l'eau potable, démontrée par les analyses effectuées par *Pollution Probe* dans l'Ouest du Québec et l'Est de l'Ontario, est beaucoup plus généralisée à notre époque qu'on osait le croire. Dans nombre de collectivités au Canada, les eaux-vannes sont encore déversées directement dans les lacs et les rivières. Nombre de grands centres n'ont pas encore procédé à la fluoration de l'eau potable en dépit du coût minime de cette opération et de l'opinion qui prévaut dans les milieux scientifiques. Certains lacs et cours d'eau du Canada sont à ce point contaminés que nombre de plages publiques ont dû être fermées à cause du danger qu'elles présentaient pour la santé.

Bien que les répercussions de la pollution atmosphérique sur la santé des Canadiens n'aient pas été déterminées avec précision, on a effectivement établi un lien entre la pollution atmosphérique et certaines formes de maladie. On s'emploie actuellement à établir et à mesurer le rapport causal entre ces phénomènes.

Les conséquences de l'urbanisation pour la santé physique et mentale sont loin d'avoir été évaluées en profondeur. L'entassement, la vie dans les tours de logement, et le manque de terrains réservés à des fins de loisirs dans les villes concourent aux maladies parmi la population.

Les conditions de travail, notamment les effets psychologiques néfastes du travail à la chaîne, favorisent également l'éclosion de maladies physiques et mentales. Par exemple, on verse annuellement quelque \$400 millions en prestations des accidents du travail.

L'évolution accélérée de la société représente un des problèmes les plus importants et les moins bien compris pour la santé physique et mentale des Canadiens. Certains changements sociaux sont imputables aux découvertes technologiques, telles que l'avènement de la télévision, mais il faudrait signaler surtout l'effet marqué de confusion et d'aliénation sociale que provoque l'écroulement de l'ancien système de valeurs et son remplacement par des notions dont les conséquences à long terme sont encore inconnues. Lorsque les membres d'une société s'attachent davantage à la poursuite de leur propre plaisir au détriment de leurs responsabilités envers le bien commun, cette attitude ouvre la voie à des tensions dont les répercussions sur la santé peuvent être désastreuses.

Enfin, toujours au chapitre de l'environnement, le nombre de Canadiens défavorisés habitant des logements insalubres et ne possédant pas de vêtements suffisants ou appropriés est encore relativement élevé.

Toutes ces conditions du milieu créent des risques beaucoup plus graves pour la santé que les lacunes actuelles du système de distribution des soins.

## **Conclusion**

Si nous évaluons soigneusement toutes les répercussions de l'environnement et des habitudes de vie sur la santé, l'exposé qui précède est bien sûr très incomplet; il ne fait aucun doute que dans un tel contexte l'équation traditionnelle entre le niveau de santé et le nombre de médecins et d'hôpitaux ne tient pas compte de la réalité. Pour exceptionnels que les soins médicaux puissent être au Canada comparativement à beaucoup d'autres pays, il ne fait guère de doute que l'action future visant à améliorer l'état de santé des Canadiens devra s'orienter davantage vers l'assainissement du milieu, la réduction des risques auxquels l'individu s'expose délibérément et la connaissance plus approfondie de la biologie humaine.

## **Chapitre 3. Problèmes majeurs dans le domaine de la santé**

On distingue généralement deux grandes catégories de problèmes reliés au domaine de la santé: 1. l'état de santé de la population; 2. les problèmes effectivement posés par l'organisation et la distribution des soins.

### **État de santé de la population**

Les trois principaux indicateurs de l'état de santé de la population sont les suivants: a) l'espérance de vie et le taux de mortalité; b) les causes de décès et, c) la morbidité.

#### **a) L'espérance de vie et le taux de mortalité**

L'espérance de vie à la naissance s'est accrue sensiblement entre 1941 et 1971; elle est passée de 63.0 à 69.4 années chez les hommes et de 66.3 à 76.5 chez les femmes. Cette amélioration est principalement attribuable à la baisse sensible de la mortalité infantile dont le chiffre est passé de 61 décès pour 1,000 naissances en 1941 à 17.5 décès pour 1,000 naissances en 1971.

Toutefois, au-delà des années d'enfance, on constate très peu d'améliorations chez l'homme dans l'espérance de vie. En effet, un homme de 20 ans en 1941 pouvait espérer vivre jusqu'à l'âge de 69.6 ans, alors qu'en 1971, l'espérance de vie ne s'était améliorée que très légèrement (71.8). Chez les femmes âgées de 20 ans, l'amélioration de l'espérance de vie a été plus sensible passant de 71.8 en 1941, à 78.3 en 1971.

Ces chiffres illustrent l'écart croissant entre l'espérance de vie de l'homme et de la femme. Les statistiques ci-après soulignent la gravité de cet écart.

En 1971, deux fois plus d'hommes que de femmes sont décédés entre l'âge de 15 et 70 ans. Il y a eu précisément 43,450 décès chez les hommes contre 22,150 chez les femmes dans le même groupe d'âge. En termes plus simples, il mourait deux hommes pour chaque femme dans ces années les plus productives de la vie.

En 1931, les femmes pouvaient espérer vivre en moyenne deux années de plus que les hommes. En 1971, cet écart a atteint sept ans.

Quant aux autres pays, dans trois seulement, à savoir la Suède, la Norvège et les Pays-Bas, on a constaté une plus grande espérance de vie chez la femme qu'au Canada, et la différence entre le Canada et le pays en tête de liste n'est que d'un an. En ce qui concerne l'espérance de vie chez l'homme, six pays, à savoir la Suède, la Norvège, les Pays-Bas, le Danemark, la Suisse et la Grèce surclassent le Canada et l'écart entre le Canada et le pays en tête de liste est de deux ans et demi.

On a effectué une autre analyse pour calculer le nombre d'années perdues en raison de décès prématurés survenus entre 1 et 70 ans, en se servant d'un coefficient de relativité à l'âge de 70 ans. Voici un tableau des résultats obtenus:

Cause	Années perdues	
	Hommes	Femmes
Accidents de la route	154,000	59,000
Cardiopathie ischémique	157,000	36,000
Tous les autres accidents	136,000	43,000
Maladies respiratoires et cancer du poumon	90,000	50,000
Suicide	51,000	18,000
TOTAL	588,000	206,000

Pour les cinq principales causes de décès prématurés, ci-dessus énoncées, on constate que l'homme a perdu presque trois années de vie contre une seule pour la femme.

Si nous observons maintenant le nombre effectif de décès, cause et sexe, nous constatons qu'entre 35 et 70 ans, 18,400 hommes ont succombé à des affections du système cardio-vasculaire comparativement à 7,300 femmes seulement. Pour chacun des sexes, quel que soit l'âge, on a également constaté des différences marquées dans le nombre de décès pour chacune des catégories choisies en 1971\*, reproduites ci-après:

\* Des statistiques plus complètes sur la mortalité sont données au tableau suivant.

Cause	Décès Hommes	Décès Femmes
1. ACCIDENTS		
a) de la circulation routière	4,100	1,600
b) autres moyens de transport	500	70
c) travail	700	55
d) noyades	600	150
2. CANCER DU POUMON	4,600	800
3. BRONCHITE, ASTHME ET EMPHYÈME	2,800	700
4. SUICIDE	1,900	700
5. CIRRHOSE DU FOIE	1,300	650

Il ressort nettement de cette analyse que le Canada fait face à un problème très sérieux de mortalité masculine.

Comme nous l'avons déjà souligné, l'amélioration du taux de mortalité infantile influe dans une large mesure sur l'espérance de vie, à preuve la diminution du taux de mortalité infantile, qui est passé de 102.0 pour 1,000 naissances vivantes en 1921 à 17.5 en 1971. Bien que la fiche du Canada soit remarquable, il se classe toutefois loin derrière la Suède dont le taux de mortalité infantile est de 11.0 pour 1,000 naissances vivantes. Toutefois, l'écart entre certains secteurs socio-géographiques de la population canadienne laisse entrevoir une amélioration de la situation en ce sens que des améliorations seront possibles si nous nous attachons à résoudre le problème des populations à risque élevé. En même temps, nous devons garder le sens des perspectives au sujet de la mortalité infantile. Des 157,300 décès enregistrés en 1971, seulement 6,400 sont survenus avant l'âge d'un an, et parmi ces derniers bon nombre sont imputables à des anomalies congénitales pour lesquelles il n'existe que peu de possibilités de guérison après la naissance de l'enfant.

### **b) Causes de décès**

Le graphique de l'annexe A offre une image frappante des principales causes de décès par sexe et groupe d'âge en 1971. Il fait ressortir le fait que l'importance de chacune des causes de décès varie suivant le sexe et le groupe d'âge. On constate immédiatement la très grande importance des accidents de la route et de tous les autres, lesquels sont responsables d'un pourcentage considérable de décès chez les jeunes garçons et les hommes, entre 5 et 40 ans, et chez les personnes de sexe opposé entre 5 et 30 ans. Le suicide est aussi cause d'un grand nombre de décès tant chez les hommes que les femmes et cela dès l'âge de 15 ans. Les maladies coronariennes deviennent et demeurent la principale cause de décès chez les hommes à partir de 40 ans et chez les femmes

ayant atteint la cinquantaine. Le cancer frappe pratiquement tous les groupes d'âge mais il atteint la femme beaucoup plus tôt. Les maladies respiratoires et le cancer du poumon représentent une cause importante de décès chez l'homme après cinquante ans. La cirrhose du foie se révèle une des causes importantes de décès chez les hommes entre 40 et 50 ans.

Le tableau qui suit nous fait voir les causes principales de décès pour les personnes de tout âge ainsi que l'âge critique dans chacun des cas:

### 1971

Principales causes de mortalité	Nombre de décès	% de l'ensemble des décès	Age critique
Cardiopathie ischémique	48,975	31.1%	40 ans et plus
Maladies cérébro-vasculaires	16,067	10.2%	65 ans et plus
Maladies respiratoires et cancer du poumon	15,677	10.0%	Moins d'un an et 55 ans et plus
Accidents de la route et tous les autres accidents	12,031	7.6%	Tous les âges
Cancer de l'appareil gastro-intestinal	7,947	5.1%	50 ans et plus
Cancer du sein, de l'utérus et des ovaires	4,816	3.1%	40 ans et plus
Maladies particulières aux nouveau-nés	3,299	2.1%	Moins d'une semaine
Suicide	2,559	1.6%	15 à 65 ans
Anomalies congénitales	1,967	1.3%	Moins d'un an
TOTAL	113,338	71.2%	
TOTAL DES DÉCÈS	157,272	100.0%	

Fait à noter, les principales causes actuelles de décès sont maintenant dues aux maladies chroniques et aux accidents et non pas aux maladies infectieuses qui représentent un nombre relativement faible de décès. Cette particularité marque un changement radical, si l'on se réfère à la situation au début du siècle alors que les principales causes de décès étaient d'abord, les maladies infectieuses telles que la grippe, la pneumonie, la tuberculose, la gastro-entérite,

la néphrite chronique et la diphtérie. Ces maladies ont été vaincues dans une large mesure et les seules qui entraînent encore un nombre important de décès sont la grippe et la pneumonie, et certaines maladies infantiles. Alors que dans le passé, les maladies aiguës caractérisées par une apparition brusque et une évolution rapide étaient à l'origine des problèmes de santé, ce sont maintenant les maladies chroniques marquées par un développement progressif et une durée indéfinie (voir Chapitre 10) ainsi que les accidents qui aujourd'hui sont les principaux agents de détérioration de la santé.

### **c) Morbidité**

En ce qui concerne la fréquence et les causes de maladies, les renseignements disponibles sont plus restreints et moins sûrs que pour la mortalité. Pour disposer d'indicateurs-clef du niveau général de santé, il serait indispensable de pouvoir mesurer toutes les affections qui atteignent la population, y compris les invalidités de tous genres, depuis les états graves qui nécessitent souvent l'hospitalisation et un traitement médical jusqu'aux indispositions et aux états chroniques bénins. Cependant les seules données récentes se rattachent aux maladies traitées dans les hôpitaux et à certaines maladies contagieuses que les médecins doivent signaler aux autorités civiles compétentes.

Si l'on se penche sur la morbidité dans les hôpitaux pour maladies aiguës, évaluée selon le *nombre de journées d'hospitalisation*, on constate que les maladies du système cardio-vasculaire, les blessures dues aux accidents, les maladies respiratoires et les maladies mentales représentent, dans cet ordre, les quatre principales causes d'hospitalisation, étant responsables à elles seules d'environ 45 p. 100 du total des journées d'hospitalisation.

En ce qui a trait au *nombre d'admissions à l'hôpital*, les maladies du système respiratoire viennent en tête de liste, suivies par les accouchements, les maladies du système digestif, les affections du système génito-urinaire, les maladies du système cardio-vasculaire et les accidents de toutes sortes.

La différence entre les deux classements est imputable au fait que l'un tient compte du nombre de journées d'hospitalisation alors que l'autre est établi selon le nombre d'admissions. Vu que les jours d'hospitalisation sont en moyenne plus nombreux dans le cas des maladies cardio-vasculaires et des accidents, ces derniers viennent en tête de liste dans le classement par journées d'hospitalisation.

Comme la mortalité, la morbidité hospitalière ne constitue qu'un moyen limité d'évaluer le niveau général de santé de la population parce qu'elle ne fait état que des cas graves, à savoir ceux qui nécessitent l'hospitalisation. En outre, si l'on compare les chiffres d'une année à l'autre, il est indispensable de tenir compte d'autres facteurs que le taux de morbidité; parmi ces autres facteurs,



mentionnons la gratuité des soins médicaux et hospitaliers et les techniques plus poussées de diagnostic. Il est difficile d'évaluer ces facteurs à l'heure actuelle.

Pour y arriver, il nous faudrait trouver un moyen d'évaluer la proportion de personnes en mauvaise santé dans la population en tenant compte non seulement de la mortalité et de la morbidité hospitalière, mais également des maladies traitées par les spécialistes de la santé à l'extérieur de l'hôpital, des indispositions passagères, des affections que l'individu soigne lui-même, des maladies non dépistées, et des invalidités chroniques. C'est seulement lorsque l'on disposera de tels renseignements qu'il sera possible d'évaluer le niveau de santé et de reconnaître les changements qui surviennent d'année en année. Il reste à résoudre plusieurs problèmes d'ordre conceptuel et technique avant de pouvoir dresser un tel inventaire et des crédits considérables devront être alloués pour mener les enquêtes auprès de la population et colliger les données utiles ainsi recueillies.

Pour que la réglementation relative aux produits dangereux ait un maximum d'efficacité, il y a lieu de connaître à fond les causes des accidents et de savoir identifier, le cas échéant, les produits en cause. On conçoit donc aisément la nécessité d'établir un système intégré de déclaration d'accidents permettant de recueillir toutes les données statistiques nécessaires à cette fin.

Bien que la cueillette et l'analyse des données sur la santé posent en soi de sérieux problèmes, ceux-ci ne se comparent en rien aux difficultés auxquelles on doit faire face lorsque vient le moment de donner suite aux conclusions obtenues. Si l'on considère par exemple les maladies des artères coronaires, on constate qu'elles sont à l'origine de la plupart des décès et sont responsables du plus grand nombre de journées d'hospitalisation. Les facteurs en sont pourtant bien connus: patrimoine génétique, absence relative d'hormones oestrogènes chez l'homme, usage du tabac, obésité, régime à haute teneur en matières grasses, cholestérol sérique élevé, manque d'exercice, stress, athérosclérose, diabète et hypertension. Et pourtant si l'on examine les moyens mis en oeuvre pour s'attaquer à ces facteurs et réduire la fréquence des maladies des artères coronaires, on se rend compte qu'ils sont insuffisants ou simplement inexistants.

Les décès et les blessures occasionnés par les accidents de la route pourraient vraisemblablement être réduits de moitié si chacun portait une ceinture de sécurité, et si des mesures plus sévères étaient appliquées pour réduire le nombre de conducteurs dont les facultés sont affaiblies. Malgré cette évidence, le taux d'utilisation des ceintures de sécurité est d'environ 10 p. 100 et l'alcool continue d'être un facteur dans la moitié des accidents de la route.

La cigarette est en grande partie responsable des maladies respiratoires et du cancer du poumon. Les campagnes d'éducation du public ont permis de diminuer de 58 à 50 p. 100 le nombre des fumeurs âgés de 20 ans et plus, mais

le nombre de nouveaux fumeurs chez les adolescents a augmenté de façon alarmante, en particulier parmi les adolescentes.

Quelque 40 p. 100 de toutes les boissons alcooliques en vente au Canada ne sont achetées que par 7. p. 100 des consommateurs d'alcool, soit ceux qui en abusent le plus. Au 31 décembre 1969, on diagnostiquait l'alcoolisme chez 67 enfants de moins de 15 ans hospitalisés dans les établissements psychiatriques au Canada. Le quart des hommes admis pour la première fois dans un hôpital psychiatrique l'est pour cause d'alcoolisme. Le rôle funeste que joue l'abus de l'alcool dans les accidents de la route, les empoisonnements, les blessures par chute, les décès dus à des incendies et à la cirrhose du foie a été amplement démontré. L'absentéisme, causé par la consommation abusive d'alcool, coûte un million de dollars par jour à l'industrie canadienne.<sup>5</sup> Et pourtant, la surveillance et les traitements relatifs à l'abus de l'alcool sont fragmentaires et insuffisants.

La déficience sur le plan du conditionnement physique a été évaluée et l'un des critères dont on s'est servi, à savoir la capacité d'utiliser efficacement l'oxygène, a démontré que les Canadiens ne sont pas en aussi bonne forme que les citoyens de quelques pays européens.

Une étude menée en 1972 a révélé que 76 p. 100 de la population canadienne âgée de plus de 13 ans consacrait moins d'une heure par semaine aux activités sportives, et que 79 p. 100 consacrait moins d'une heure par semaine à d'autres activités physiques telles que la marche. Cette étude a également démontré que 84 p. 100 de la population âgée de plus de 13 ans regardait la télévision pendant quatre heures ou plus par semaine et qu'environ 36 p. 100 y consacrait au-delà de 15 heures. Ce mode de vie caractérisé dans une large mesure par le manque d'activités physiques explique pourquoi si peu de Canadiens sont en bonne forme.

Il est difficile de recueillir des statistiques précises relativement à la fréquence de la blennorragie et de la syphilis mais les données qui ont pu être rassemblées démontrent que les maladies vénériennes ont atteint à nouveau le stade épidémique. Les efforts déployés en vue de les combattre n'ont pas tous eu la même efficacité à travers le pays.

Les problèmes reliés à la carie dentaire, à la maladie périodontique et aux malocclusions n'ont rien de dramatique, mais si l'on considère le nombre de personnes atteintes, elles constituent un des principaux problèmes de santé au Canada. Près de 60 p. 100 des Canadiens reçoivent peu ou pas de soins dentaires et pourtant peu de dentistes sont en mesure d'accueillir davantage de patients. Un nombre plus élevé d'auxiliaires dentaires est nécessaire pour les décharger des tâches les plus communes.

On estime qu'environ la moitié des maladies sont d'origine psychique et que cette proportion a tendance à augmenter. Les faits suivants illustrent la

gravité du problème: le tiers de tous les lits d'hôpitaux et de toutes les journées d'hospitalisation est consacré aux maladies qui nécessitent des soins psychiatriques; trois Canadiens sur 1,000 sont hospitalisés dans un établissement psychiatrique; il existe de 5 à 10 p. 100 d'écoliers souffrant de troubles mentaux ou ayant des difficultés d'apprentissage; l'alcoolisme, les toxicomanies, l'homicide, le suicide, la criminalité, les névroses d'angoisse et les psychoses dépressives connaissent une augmentation sensible. Et pourtant, contrairement à la santé physique, l'hygiène mentale a été négligée depuis nombre d'années. De plus, il nous faut malheureusement admettre que les maladies mentales sont encore aujourd'hui un sujet tabou dans la société.

Si l'on examine les principaux problèmes de santé précités et leurs causes sous-jacentes, il est évident que l'information recueillie ne donne pas toujours lieu à des mesures correctives concrètes.

Le système de distribution des soins, en dépit de sa structure, du nombre, de la formation et du dévouement des spécialistes de la santé qui en font partie, a encore tendance à considérer le corps humain comme un appareil biologique qui peut être maintenu en bon état par l'ablation ou le remplacement des pièces défectueuses ou par le nettoyage des conduits obstrués. Le traitement des maladies, bien qu'il constitue un aspect fondamental de la santé, n'est en réalité qu'un des nombreux facteurs mis en relief par l'étude des causes sous-jacentes à la maladie et au décès.

S'il est vrai que l'État est le reflet, du moins en partie, de la volonté collective, dans ce cas la population doit assumer la responsabilité des maladies imputables à la dégradation du milieu.

Outre le système de distribution des soins et l'ensemble de la collectivité, les individus eux-mêmes doivent porter le blâme pour bon nombre de conséquences néfastes que leurs habitudes de vie occasionnent à leur santé. Le manque d'exercice et la vie sédentaire, l'usage du tabac, la suralimentation, la conduite en état d'ivresse, l'abus des drogues, la décision de ne pas attacher sa ceinture de sécurité sont autant de facteurs qui contribuent aux maladies physiques ou mentales; la responsabilité incombe en grande partie à l'individu et il doit voir à réprimer ces abus.

Enfin, les spécialistes de la recherche médicale, qui se penchent sur les questions relatives à la biologie humaine, doivent orienter leurs recherches en fonction des principaux problèmes de santé qui confrontent le Canada, et des connaissances nécessaires à la solution de ces problèmes. La nécessité de respecter l'indépendance du chercheur tout en subordonnant les recherches médicales aux problèmes de santé est une question qui soulève constamment des controverses. On peut affirmer, néanmoins, que les chercheurs devraient dans l'ensemble s'appliquer à étendre le champ de leurs connaissances sur les

questions ayant trait à l'environnement, aux habitudes de vie et aux soins médicaux.

Ce chapitre sur l'état actuel de la santé au Canada fait ressortir les problèmes auxquels le pays est confronté et présente ainsi une image plutôt sombre de la réalité. Il n'en reste pas moins, si l'on examine le chemin parcouru et si l'on compare ses réalisations à celles d'autres pays, que le Canada a toutes les raisons d'être fier des progrès accomplis tant sur le plan de la santé que dans d'autres secteurs du développement social.

### **Problèmes relatifs à l'organisation et à la distribution des soins**

Avec l'adoption des régimes universels d'assurance-maladie et d'assurance-hospitalisation, les provinces canadiennes ont supprimé dans une large mesure, grâce à l'appui financier du gouvernement fédéral, le fardeau que faisait peser sur le citoyen le coût des services médicaux et hospitaliers. D'autres mesures ont aussi été adoptées en vue d'assurer l'accès à d'autres services, y compris une aide spéciale aux moins nantis.

Il existe trois indicateurs généraux du niveau des services de santé: le rapport entre le nombre de professionnels de la santé et l'ensemble de la population, le rapport entre les établissements de soins et la population, et la proportion de soins dispensés gratuitement.

Dans le tableau suivant on établit une comparaison entre la situation du Canada et celle des autres pays. La statistique n'étant pas toujours disponible, les chiffres ci-après ne se rapportent pas tous à la même année.

Pays	Pourcentage payé par l'assurance-maladie et hospitalisation	Nombre de lits d'hôpitaux par 10,000 habitants	Nombre de médecins par 10,000 habitants	Nombre d'infirmières par 10,000 habitants
Australie	79% <sup>1</sup> 75% <sup>2</sup>	117.4	11.8	66.6
Canada	Presque 100%	102.3	15.7	57.3
Danemark	96.7%	89.4	14.5	53.4
Suède	Presque 100%	145.8	12.4	43.7
Royaume-Uni	Presque 100%	111.4	12.5	35.1
États-Unis	85% <sup>1</sup> 65% <sup>3</sup> 35% <sup>4</sup>	82.7	15.3	49.2

<sup>1</sup>Assurance-maladie

<sup>2</sup>Assurance-hospitalisation

<sup>3</sup>Soins médicaux réguliers

<sup>4</sup>Soins médicaux majeurs

Dans le domaine de la protection par l'assurance-hospitalisation et l'assurance-maladie, le Canada se situe au même niveau que les cinq pays choisis, les mieux dotés, pour fins de comparaisons; il est en tête de liste quant à la densité de médecins; il se classe à mi-chemin en ce qui concerne les lits d'hôpitaux, et est second pour ce qui est du nombre d'infirmières, après l'Australie. Compte tenu du fait que les pays choisis figurent parmi ceux dont les soins sont les meilleurs au monde, il ne fait aucun doute que d'après les catégories utilisées pour l'analyse, le Canada se situe au tout premier plan.

Les dépenses dans le domaine de la santé au Canada en 1971, y compris les soins aux particuliers\*, s'établissent comme suit:

	En pourcentage du PNB	En pourcentage du revenu personnel	Dépenses annuelles per capita
Canada	7.1	9.0	306.11

Ces chiffres rendent compte des dépenses totales en matière de santé. Si l'on ne considère que les services rendus aux particuliers, les dépenses s'élèvent à \$271.72 par habitant ou environ \$1,100 par famille de quatre personnes; cela représente une somme importante, même si le coût des soins est presque entièrement couvert par l'assurance.

Malgré les progrès réalisés au cours des dernières années, on doit faire face à un certain nombre de problèmes difficiles en ce qui a trait aux services de soins:

- 1) Le taux annuel d'augmentation du coût des soins de santé se situe entre 12 et 16 p. 100, ce qui excède de loin le taux de croissance économique du pays; il faut y mettre un frein sinon la société ne pourra bientôt plus les supporter.
- 2) Au cours des vingt dernières années, on a mis l'accent sur la construction d'hôpitaux et pas suffisamment sur les autres établissements de soins par ailleurs nécessaires. Le Canada se retrouve par conséquent avec un excédent onéreux de lits pour maladies aiguës, un nombre insuffisant d'établissements de soins auxiliaires, de convalescence, de services de garde et un besoin croissant de services hospitaliers d'urgence.

---

\* Les soins aux particuliers comprennent les services dont bénéficient les individus; ils sont dispensés dans les hôpitaux ainsi que par les médecins, les infirmières, les dentistes, les pharmaciens etc.

3) Les services médicaux ne sont pas encore également accessibles à toutes les couches de la population parce que les professionnels de la santé tendent à se concentrer dans les villes et ne sont pas attirés par les régions rurales ou isolées.

4) Les soins dentaires ne sont pas également accessibles à toutes les couches de la population, en raison principalement des frais élevés qu'ils entraînent, de la pénurie de dentistes et de la mauvaise répartition du personnel dentaire disponible.

5) Le système actuel de distribution des soins pourrait être perfectionné afin de satisfaire davantage les besoins de la population.

6) Jusqu'à présent, une bonne part des besoins du Canada en médecins a été comblée par l'immigration de médecins étrangers. De 1961 à 1971 le nombre annuel de médecins qui ont immigré au Canada a été en moyenne de 914. Pour la même décennie, 919 médecins diplômés en moyenne sont sortis annuellement des écoles de médecine. Cet état de choses montre que nous dépendons de l'étranger pour subvenir à nos besoins en médecins.

7) Certains secteurs de la population ont des problèmes de santé particuliers, en raison de facteurs tels que le mode de vie et l'isolement; ils nécessitent des services supplémentaires, plus onéreux que les services habituels.

8) Il n'existe pas de système uniforme et intégré de tenue des dossiers médicaux. Les données essentielles sont éparpillées; on en trouve chez le médecin traitant, dans les fiches d'hôpitaux, dans les centres de consultation, etc.

9) La planification du personnel sanitaire est gênée par la mobilité inter-provinciale, l'immigration et l'émigration.

10) Les accords actuels relatifs au partage des frais entre les gouvernements fédéral et provinciaux tendent à encourager l'utilisation de médecins et d'hôpitaux spécialisés dans le traitement des maladies aiguës, même pour des soins qui pourraient être dispensés de façon appropriée à moindre frais.

11) Des centres de soins ambulatoires améliorés, dispensant à toute heure du jour et de la nuit des soins complets aux malades externes, sont indispensables afin que l'accessibilité des soins ne dépende pas de la disponibilité individuelle des médecins.

12) Il devrait exister sur le plan régional des responsables habilités à planifier et à satisfaire les besoins en matière de soins de santé de la région.

Les problèmes présentés ci-dessus relativement à la distribution des soins intéressent surtout les gouvernements provinciaux qui doivent veiller à ce que les soins appropriés soient dispensés dans la mesure de leurs moyens.

## **Objectifs incompatibles du système de distribution des soins**

Quelques-unes des difficultés posées par la distribution et le financement des soins, en deçà de certaines limites, proviennent de la poursuite d'objectifs incompatibles.

D'une part, on tente de rendre les services médicaux accessibles à tous; d'autre part, on veut permettre aux médecins d'exercer dans la région de leur choix. Il s'ensuit une mauvaise répartition des médecins entre les provinces, de même que, entre les régions rurales et urbaines. Signalons qu'en 1971, la Colombie-Britannique et l'Île-du-Prince-Édouard se situaient aux deux extrémités, la première avec un médecin pour 603 habitants et la deuxième avec un médecin pour 1,143. L'Ontario comptait un médecin pour 616 habitants en 1971 et cette province prévoyait que, vers la fin de 1973, elle disposerait d'un médecin pour moins de 600 personnes. Rien ne permet d'affirmer que la qualité des soins s'améliore lorsque le rapport médecin-population est supérieur à 1/600-650.

S'efforcer de diminuer le coût des soins sans inciter le malade, le médecin et l'hôpital à en faire autant constitue une action à deux visées incompatibles. L'abondance des lits d'hôpitaux et le nombre toujours croissant des médecins encouragent les malades à se faire soigner pour des indispositions mineures et les médecins à hospitaliser un plus grand nombre de patients, d'autant plus qu'il n'y a pas d'obstacles financiers. Ainsi l'accès rapide aux soins, tant sur le plan matériel que financier, entre en conflit avec la lutte contre la hausse des coûts de santé.

Une troisième catégorie d'objectifs incompatibles consiste, d'une part, à prévoir une répartition équilibrée du nombre des spécialistes et, d'autre part, de permettre aux médecins de choisir leur champ de spécialisation. La pénurie de médecins spécialisés en réadaptation et en gériatrie n'est qu'un exemple illustrant la nécessité d'adopter des mesures visant à concilier ces deux objectifs.

Un autre exemple d'objectifs incompatibles se situe au niveau des administrateurs des services de santé qui voudraient que les soins soient assurés par un personnel formé uniquement en fonction des tâches à exécuter. Malheureusement, si l'on tient compte de la réglementation concernant l'autorisation de pratique des spécialistes de la santé et du système de rétribution à l'acte actuellement en vigueur, et si l'on ajoute à cela le principe selon lequel le médecin ou le dentiste assume l'entière responsabilité concernant son patient, on constate que cette situation encourage le médecin et le dentiste à exécuter des tâches qui pourraient être confiées à d'autres personnes pouvant s'en acquitter tout aussi bien sinon mieux, et souvent à un coût moindre. Signalons que dans le Nord canadien, le rôle de l'infirmière a été élargi en s'inspirant de cette conception et que les résultats sont excellents. Notons aussi que le gouvernement de la Saskatchewan a établi avec succès un système de soins

dentaires pour écoliers dont la plus grande partie du travail est exécutée par un personnel auxiliaire spécialisé, conformément à un protocole établi par les dentistes et sous la surveillance de ces derniers.

Il importe en dernier lieu de souligner un autre paradoxe: chacun convient de l'importance de la recherche et de la prévention et pourtant les montants consacrés au traitement des maladies continuent à s'accroître hors de toute proportion avec les crédits affectés aux deux premiers éléments. Ce phénomène s'explique, bien sûr, du fait de la forte demande de soins curatifs de la part du public. Or, il en va tout autrement pour la recherche et la prévention et, conséquemment, les ressources attribuées à la recherche, à l'enseignement et à la prévention sont généralement insuffisantes.

Il conviendrait sans doute de prendre des dispositions en vue de concilier les objectifs et principes incompatibles précités – et d'autres encore – tout en assurant une juste rétribution pour les professionnels de la santé, en luttant contre la hausse des coûts et en maintenant l'accès à des services de qualité.



## **Chapitre 4. La conception globale de la santé**

L'un des problèmes fondamentaux que pose l'analyse du domaine de la santé est l'absence d'un cadre de référence commun permettant de segmenter ce champ d'activité. Sans un tel cadre, il est difficile d'élaborer un schéma d'étude et d'y isoler certains éléments pouvant se prêter à l'analyse et à l'évaluation. On a convenu qu'il nous fallait rassembler en un ensemble simple et ordonner les milliers d'éléments constituant le secteur de la santé de manière à y repérer rapidement toutes notions, problèmes ou activités s'y rapportant. Bref, on a voulu dresser une sorte de carte reflétant le domaine de la santé.

C'est ainsi qu'a pris forme, au cours de la rédaction de ce document, une conception globale de la santé<sup>6</sup> qui repose sur quatre éléments principaux: LA BIOLOGIE HUMAINE, L'ENVIRONNEMENT, LES HABITUDES DE VIE ET L'ORGANISATION DES SOINS DE SANTÉ. On a distingué ces quatre grandes catégories suite à l'étude des causes et des facteurs inhérents à la morbidité et à la mortalité au Canada, et de l'influence que ces divers éléments exercent sur le niveau de santé des Canadiens.

### **Biologie humaine**

La BIOLOGIE HUMAINE englobe tous les aspects de la santé, à la fois physique et mentale, qui ont leur origine à l'intérieur de l'organisme et qui dépendent de la structure biologique de l'homme et de la constitution organique de l'individu.

Ce premier élément englobe le patrimoine génétique individuel, la maturation, le vieillissement et les nombreux systèmes internes complexes de l'organisme, notamment le squelette et les systèmes nerveux, musculaire, cardio-vasculaire, endocrinien et digestif. Étant donné la complexité du corps humain, les incidences de la biologie sur la santé sont innombrables, variées et importantes sans compter que les défaillances inhérentes à l'organisme sont elles aussi fort nombreuses. En effet, cet élément est la cause de toutes sortes de maladies et de décès, en particulier d'un grand nombre de maladies chroniques (arthrite, diabète, athérosclérose, cancer) ou autres (anomalies génétiques, malformations congénitales, déficience mentale). Les problèmes de santé reliés

à la biologie humaine suscitent d'innombrables souffrances et coûtent des milliards de dollars en soins.

## **Environnement**

L'ENVIRONNEMENT représente l'ensemble des facteurs extérieurs au corps humain qui ont une incidence sur la santé et qui échappent en tout ou en partie à la maîtrise de chacun. Il est impossible pour les particuliers de veiller seuls à ce que les aliments, les produits pharmaceutiques, les cosmétiques, les appareils et l'eau potable par exemple, soient sans danger ou non contaminés; que les dangers pour la santé que constituent la pollution de l'air, de l'eau et le bruit, soient maîtrisés; que la propagation des maladies transmissibles soit empêchée, les eaux d'égout et les ordures évacuées, et que, enfin, le milieu social et les transformations rapides qui le caractérisent, n'aient pas de répercussions néfastes sur la santé.

## **Habitudes de vie**

Les HABITUDES DE VIE représentent l'ensemble des décisions que prennent les individus et qui ont des répercussions sur leur propre santé, en somme les facteurs sur lesquels l'homme peut exercer un certain contrôle. On a déjà soulevé l'importance des habitudes de vie au chapitre traitant des *Lacunes de la conception traditionnelle*. Le comportement et les habitudes de vie qui nuisent à la santé créent des risques auxquels la personne s'expose délibérément. Lorsque ces risques provoquent la maladie ou la mort, on peut dire que le mode de vie d'une personne est la cause, directe ou indirecte, de sa propre maladie ou de son décès.

## **Organisation des soins de santé**

Le quatrième élément, L'ORGANISATION DES SOINS DE SANTÉ, comprend non seulement la quantité, la qualité, l'agencement et la nature des soins, mais aussi les rapports entre la population et les ressources engagées dans la distribution des soins de santé. Dans l'organisation des soins, on range la pratique médicale, les soins infirmiers, les hôpitaux, les établissements de soins à long terme, les médicaments, les services d'hygiène publique et de santé communautaire, y compris les services ambulanciers, les soins dentaires et autres soins tels que l'optométrie, la chiropraxie et la podiatrie. On donne généralement à cette quatrième composante le nom de système de soins de santé.

La plupart des efforts déployés jusqu'ici par la société en vue d'améliorer la situation de la santé et l'ensemble des dépenses directes affectées à ce secteur ont porté avant tout sur l'organisation des soins. Et pourtant, lorsque nous relevons les principales causes de maladies ou de décès au Canada, nous constatons qu'elles prennent leur source dans les trois premiers éléments, à savoir la

BIOLOGIE HUMAINE, L'ENVIRONNEMENT ET LES HABITUDES DE VIE. Il est, par conséquent, évident que des sommes considérables sont dépensées pour le traitement de maladies qui auraient pu être évitées. On doit donc porter une attention toute particulière aux trois éléments précités si nous voulons réduire le nombre d'invalidités et de décès prématurés.

### **Caractéristiques de la conception globale de la santé**

De par ses nombreuses caractéristiques, la conception globale de la santé est un instrument d'analyse efficace des questions se rapportant à la santé; elle permet en outre de déterminer les besoins de santé des Canadiens et d'adopter les mesures susceptibles de satisfaire ces besoins.

Une des conséquences indiscutables de la conception globale de la santé a consisté à donner à la BIOLOGIE HUMAINE, À L'ENVIRONNEMENT ET AUX HABITUDES DE VIE, en tant que catégories, une importance égale à celle de l'ORGANISATION DES SOINS DE SANTÉ. Cela représente en soi un changement radical si l'on se réfère à la nette prééminence qu'on accordait antérieurement à l'organisation des soins dans le domaine de la santé.

Le deuxième trait dominant de cette conception de la santé provient de son approche globale. Toute maladie découle en effet de l'un de ces quatre éléments ou de leur combinaison. Cette vue d'ensemble revêt une grande importance puisqu'elle recoupe tous les aspects de la santé et oblige, individuellement et collectivement, tous ceux qui contribuent à son maintien (le malade, le médecin, le scientifique et l'État) à s'interroger sur leurs rôles respectifs et sur l'influence qu'ils exercent sur la qualité de la santé.

Une troisième caractéristique de la conception globale de la santé consiste à pouvoir examiner toute question à la lumière des quatre éléments, de façon à évaluer leur importance relative et leur interaction. Par exemple, les causes d'accidents de la circulation et de décès qui s'y rapportent sont attribuables dans une large mesure aux risques auxquels les individus s'exposent délibérément, la qualité des automobiles et des routes de même que la disponibilité de soins d'urgence ne revêtant qu'une importance secondaire; la biologie humaine n'intervient en rien ou très peu dans un tel cas. Ce sont donc, par ordre d'importance, aux habitudes de vie, à l'environnement et à l'organisation des soins qu'il faut imputer les décès par accident de circulation et ce, dans une proportion d'environ 75 p. 100, 20 p. 100 et 5 p. 100 respectivement. Cette analyse permet ainsi aux planificateurs de faire porter leur attention sur les principaux facteurs en cause. On peut procéder à des évaluations semblables de l'importance relative des facteurs dans le cas d'un grand nombre d'autres questions où la santé entre en jeu.

La conception globale de la santé a pour quatrième caractéristique de permettre une sous-division de facteurs. Dans le cas de décès dus aux accidents

de la route, les habitudes de vie peuvent être fragmentées selon les genres de risques: conduite d'un véhicule alors que les facultés sont diminuées, imprudence au volant, ceinture de sécurité non bouclée et excès de vitesse. Cette conception nouvelle de la santé permet d'illustrer schématiquement les liens directs qui existent entre les maladies ou accidents et leurs causes sous-jacentes, d'une part, et l'importance relative des divers facteurs en cause, d'autre part.

Enfin, la conception globale projette un nouvel éclairage sur les questions relatives à la santé, laissant le champ libre aux esprits novateurs pour délimiter et explorer les secteurs qui ont été négligés jusqu'ici. L'importance que revêtent le comportement et les habitudes de vie sur la santé des Canadiens est un exemple du genre de conclusion à laquelle peut conduire l'instrument d'analyse qu'est la conception globale de la santé.

Une des principales difficultés que pose l'amélioration de la santé des Canadiens tient à la dispersion des centres de décision. Particuliers, gouvernements, spécialistes de la santé et institutions se partagent les décisions chacun dans leur domaine respectif. Ce morcellement a quelquefois conduit à des solutions incohérentes où chacun se bornait au domaine qui le concernait directement. La conception globale de la santé vient cimenter tous les efforts fragmentaires, faisant ressortir l'importance de tous les facteurs, y compris ceux dont la responsabilité dépend d'autrui.

Cette conception unifiée peut très bien se révéler l'un des principaux instruments visant à améliorer la santé des Canadiens.

## **Chapitre 5. Difficultés d'application de la conception globale de la santé**

On a défini cette conception dans un double but: mieux comprendre les causes de maladies et de décès et mettre au point des mesures pour améliorer la situation de la santé au Canada.

La conception globale *n'est pas* un schéma d'organisation destiné à définir programmes et activités et à fixer les lignes hiérarchiques de décision. On ne peut attribuer de façon rigide telle maladie ou telle activité à l'un ou à l'autre des quatre éléments composants, car ce serait aller à l'encontre de la réalité et perpétuer le morcellement actuel. Le problème de l'usage des drogues, par exemple, exige le concours des chercheurs en biologie humaine, des spécialistes du comportement, des personnes responsables de l'application des lois sur les stupéfiants et de ceux qui dispensent les soins. Chacun doit apporter sa part et ce serait donner à la conception globale de la santé une interprétation erronée que de laisser une organisation ou un groupe accaparer tous les aspects d'un même problème.

Une deuxième difficulté provient de la délimitation des compétences fédérales-provinciales en matière de santé. La conception globale s'adresse à l'ensemble du domaine de la santé, indépendamment des compétences fédérales ou provinciales. Or, la juridiction fédérale en matière de santé étant très restreinte, on pourrait prétendre qu'il s'agit là de questions sur lesquelles les autorités fédérales n'ont jamais dans le passé fait porter leur attention. La réponse qu'on peut donner dans ce cas est qu'il faut d'abord s'interroger sur les véritables problèmes de santé avant de chercher à connaître le rôle légitime du gouvernement fédéral à cet égard.

Une troisième difficulté, celle-là plus théorique, se rattache à la question de savoir s'il était possible de distinguer les agents d'influences extérieures sur la santé entre, d'une part, l'environnement sur lequel l'individu n'a que peu de contrôle et, d'autre part, les habitudes de vie qui, elles, peuvent faire l'objet de choix. On a prétendu, et avec raison, que les choix personnels étaient dictés par

des facteurs relevant de l'environnement, comme dans le cas de l'adolescent dont l'influence de ses compagnons l'incite à commencer à fumer. On a aussi affirmé que certaines mauvaises habitudes étaient tellement ancrées chez certains individus qu'elles créaient une véritable dépendance qu'un simple geste de la volonté ne peut réussir à réprimer. On a cité en exemple l'usage du tabac, l'abus de l'alcool et de la drogue.

Par le fait que chacune des deux hypothèses renferme un fond de vérité, à savoir que l'environnement influe sur le mode de vie et que certaines habitudes se transforment en dépendance, il faut y apporter une réponse d'ordre moral ou philosophique, et non purement intellectuelle. Délaisser les personnes dont les habitudes de vie mettent en danger leur propre santé équivaldrait à abandonner nombre d'entre elles à leur mauvaise option et à perpétuer un environnement qui, à l'origine, a exercé sur elles une influence néfaste. Bref, la conception déterministe doit être abandonnée en faveur de la foi dans le pouvoir de la volonté, si ébranlée qu'elle puisse être parfois sous l'influence de l'environnement ou des toxicomanies.

Les difficultés qu'on peut rencontrer à vouloir ranger dans telle ou telle catégorie les facteurs responsables d'un mauvais état de santé ne doivent pas servir de prétexte à ignorer le problème en question; celui-ci ne disparaîtra pas pour autant.

On peut aussi s'interroger s'il n'est pas trop exiger de ce nouveau concept, de servir de schéma d'analyse tant pour identifier les problèmes de santé que pour déterminer les mécanismes de solution. Même si une connaissance générale nous renseigne sur les maladies et leurs causes, et nous en laisse entrevoir les remèdes, elle ne peut signaler les étapes précises à franchir pour la mise à exécution de programmes de santé. Les décisions portant sur les programmes éventuels dépendent de nombreux facteurs et pour y arriver il faut recourir à l'analyse de bien d'autres éléments extérieurs à la conception globale proprement dite.

La dernière question de principe que soulève cette conception de la santé consiste à déterminer si le gouvernement est autorisé à modifier le comportement humain, même en vue d'améliorer l'état de santé de la population, et dans l'affirmative, dans quelle mesure. Le marketing social, notion relativement récente, consiste à appliquer des techniques empruntées au monde des affaires pour inciter les gens à modifier leur comportement à l'égard, par exemple, de leurs habitudes alimentaires, de l'exercice physique, de la cigarette, de leur façon de conduire une automobile, etc. Certains prétendent que l'utilisation intensive de ces techniques entraînerait le gouvernement vers diverses formes indésirables de contrôle de la pensée et de propagande. Les dangers que peut comporter pour le gouvernement l'utilisation de techniques de marketing sont admis,

mais les abus évidents de certaines formes de commercialisation actuellement en usage le sont tout autant. Prenons le cas de la télévision en couleur, dont l'attrait incite tant de Canadiens à demeurer physiquement inactifs. N'appartient-il pas alors au gouvernement de neutraliser cette influence en utilisant des techniques de marketing pour promouvoir l'activité physique? Comme nous l'avons souligné précédemment, environ 76 p. 100 de la population canadienne de plus de 13 ans consacre moins d'une heure par semaine aux sports, alors que 84 p. 100 de la même population passe quatre heures ou plus, par semaine, devant le téléviseur. Ce genre de déséquilibre s'applique aussi aux sommes considérables qu'engage le secteur privé dans la commercialisation de produits et de services, dont certains si on en abuse, peuvent causer la maladie ou la mort. Il faut donc admettre qu'il incombe à la société, par l'entremise des pouvoirs publics, de mettre au point des techniques de marketing pour atténuer ces abus.

Enfin, certains se sont demandés si un intérêt accru porté à la biologie humaine, à l'environnement et aux habitudes de vie, ne diminuerait pas l'importance accordée jusqu'ici au système de soins. Cette question préoccupe surtout les personnes spécialisées dans l'organisation des soins. À ce sujet, on peut affirmer que les Canadiens n'accepteraient pas une réduction des soins de santé puisqu'en fait, ils réclament une plus grande accessibilité aux soins et des services plus complets. Pour répondre aux demandes de la population, plusieurs provinces canadiennes ont étendu le régime d'assurance-maladie à des services de soins dont les frais ne sont pas partagés par le gouvernement fédéral. Il n'y a pas de doute qu'une telle expansion se poursuivra.

De plus, si la prévention réussit à diminuer la fréquence de la maladie, le coût des services actuels s'en trouvera réduit, ou tout au moins le taux d'augmentation sera freiné. Ainsi, on disposera de plus de fonds pour étendre l'assurance-maladie à des services toujours plus nombreux et pour implanter les installations nécessaires, telles que les centres de soins ambulatoires et les établissements de soins prolongés. Ainsi, la gamme des services offerts aux Canadiens sera inversement proportionnelle au succès que nous obtiendrons dans la prévention de la maladie, grâce aux progrès réalisés dans le domaine de la biologie humaine, de l'environnement et des habitudes de vie.

Nous avons exposé, dans ce chapitre, certaines questions théoriques et pratiques relatives à la conception globale de la santé. Nul doute que nous rencontrerons d'autres difficultés, notamment celles reliées à la méthodologie analytique. Or, tant que nous conserverons cet objectif, soit celui d'améliorer la santé des Canadiens, nous pourrons surmonter ces obstacles.

## **Chapitre 6. Populations exposées au risque**

La moyenne est un précieux indicateur d'une situation générale, mais il existe normalement une telle gamme de valeurs entre les extrêmes qu'elle est d'une utilité limitée quand il s'agit d'identifier et de trouver des remèdes aux problèmes.

En 1971, l'espérance de vie à la naissance était de 73 ans, cette moyenne comprenant aussi bien les décès des bébés d'une semaine que ceux des vieillards centenaires. De même, le taux de mortalité infantile au Canada (17.5 décès pour 1,000 naissances vivantes) englobe des situations très diverses, qui vont de 11 décès pour 1,000 naissances dans les banlieues fortunées à 40 décès pour 1,000 naissances dans les régions nordiques.

L'adulte qui fait usage d'alcool consomme en moyenne 2.6 gallons d'alcool absolu par an. (Les personnes qui s'adonnent à l'alcool représentent environ 80 p. 100 de la population adulte âgée de 15 ans et plus). Si l'on tient compte des habitudes de consommation des Canadiens et de la teneur en alcool des boissons concernées, cette quantité équivaut annuellement à 33 douzaines de bouteilles de bière, 14 bouteilles de vin et 13 bouteilles de 26 onces de spiritueux.

Environ 7 p. 100 des consommateurs d'alcool consomment 40 p. 100 de tout l'alcool vendu, soit en moyenne 15 gallons d'alcool absolu par consommateur. Cela représente, toujours selon les habitudes de consommation, 190 douzaines de bouteilles de bière, 77 bouteilles de vin et 76 bouteilles de spiritueux par personne, par an.

Par contre, 93 p. 100 de tous les consommateurs d'alcool achètent 60 p. 100 de tout l'alcool vendu, soit en moyenne 1.7 gallon par an.

À l'intérieur de chaque moyenne statistique reflétant une situation donnée sur le plan de la santé ou du domaine social, on retrouve certaines catégories d'individus ou "populations" qui contribuent très inégalement à former cette moyenne. Le revenu annuel moyen est un exemple frappant d'un indicateur économique qui, pris tel quel, sans réserve, masque la répartition des richesses et l'écart entre pauvres et riches.



Si l'on veut améliorer les conditions qui prévalent au sein d'une moyenne donnée, il est donc nécessaire de subdiviser la "population" comprise dans cette moyenne de façon à faire ressortir le groupe dont la contribution est la plus élevée. C'est cette portion de la population totale que l'on appelle "population exposée au risque".

Une fois cette population identifiée, il est nécessaire de déterminer explicitement ses caractéristiques, afin de pouvoir évaluer les facteurs de risque. Les maladies coronariennes, par exemple, emportent tout particulièrement les hommes entre 40 et 70 ans. La victime-type est l'obèse qui ne fait guère d'exercice, consomme trop de graisses animales, fume la cigarette, boit beaucoup de café et travaille sous tension. C'est ce genre de personnes que guettent les maladies coronariennes.

Le "risque" est une notion statistique exprimée en pourcentages ou en probabilités. Ainsi, chez l'homme qui réunit les caractéristiques énumérées au paragraphe précédent, le danger de mourir d'une crise cardiaque avant 70 ans est accru. Il ne mourra pas *nécessairement* d'une crise cardiaque, il peut même atteindre 80 ans, mais les risques sont supérieurs à ceux d'une personne moins fortement exposée. Quand on parle de risque, quelqu'un vient toujours évoquer un cas particulier pour prouver que la théorie du risque n'est pas valable. On rappelle très souvent, par exemple, que Winston Churchill était fortement exposé au risque, ce qui ne l'a pas empêché de survivre à nombre de ses contemporains moins exposés. À l'autre extrémité, il est également possible de trouver une personne maigre, qui fait de l'exercice et ne fume pas et qui meurt à 45 ans. Comme quoi toute généralisation est trompeuse et il est vraiment étonnant de voir combien cette erreur est fréquente.

En étudiant le risque, on ne s'engage pas à émettre des prévisions sur les particuliers, mais sur la probabilité de réalisation d'un événement dans une population réunissant certaines caractéristiques. Il peut paraître superflu de s'étendre sur une notion aussi simple que celle du risque, mais il est essentiel de la bien faire comprendre, car l'application de la conception globale de la santé en dépend.

On identifie les "populations exposées au risque" par un processus analytique qui établit la correspondance entre trois types de renseignements: causes des décès et nature des maladies, motifs sous-jacents de leur fréquence et groupes de population exposés. La méthode n'est pas tellement compliquée. L'exemple le plus simple est la présence du syndrome de Downs (mongolisme) chez le nouveau-né: *la maladie*, le syndrome de Downs, *la cause profonde*, une aberration chromosomique, *la population exposée*, les enfants nés de femmes enceintes âgées de plus de 40 ans.

Voici un exemple plus complexe, soit *le décès* dû à une maladie coronarienne: *l'état pathologique prédisposant*, l'athérosclérose, *les facteurs sous-jacents*, lipides sériques élevés, hypertension et diabète, obésité, régimes riches en graisse, manque d'exercice, tension, absence relative d'oestrogènes, usage de la cigarette, *la population exposée*, homme de 40 ans réunissant ces conditions ou ayant ces habitudes.

La médecine traditionnelle, comme il se doit, s'intéresse d'abord aux questions relatives à la morbidité et à la mortalité, tandis que la conception globale de la santé se propose en premier lieu de diminuer les facteurs sous-jacents chez la population exposée, après l'avoir identifiée.

Même si l'exemple utilisé (les maladies coronariennes) fait surtout ressortir des causes inhérentes aux HABITUDES DE VIE, la méthode d'analyse ne s'applique pas uniquement à cette catégorie. Une population peut être exposée au risque à cause de facteurs biologiques (hypertension, vieillissement), de l'environnement (pollution atmosphérique, urbanisation), ou encore de lacunes inhérentes aux services de soins (manque de médecins dans les régions rurales ou éloignées). Dans tous les cas, cependant, la population à risque élevé constitue la principale cible par opposition aux cas individuels de maladie et le but à poursuivre est l'atténuation des risques à l'intérieur de cette population.

La plus remarquable caractéristique de la notion de l'atténuation des risques réside dans son effet d'entraînement. Par exemple, une greffe de coeur parfaitement réussie peut prolonger de deux ans la vie d'un individu, mais si seulement 50 p. 100 des gens bouclaient leurs ceintures de sécurité, cette mesure d'atténuation des risques sauverait annuellement la vie de plus de 700 victimes d'accidents de la route.

L'identification des populations à risques élevés, celles sur qui doivent porter les programmes nationaux d'atténuation des risques, dépend d'un grand nombre de facteurs, notamment la gravité et la fréquence des divers cas de morbidité et de mortalité, l'existence de mesures pratiques et les coûts engagés.

On peut facilement identifier certaines populations à risques élevés, notamment les "candidats aux maladies coronariennes" dont nous avons déjà parlé. Parmi les autres groupes à risques élevés facilement identifiables figurent ceux qui conduisent un véhicule sous l'influence de l'alcool, les fumeurs de cigarettes, ceux qui font une consommation abusive de l'alcool, ceux qui sont très gras, les conducteurs qui ne bouclent pas leur ceinture de sécurité et les populations des régions éloignées où les services médicaux et sociaux ne sont pas facilement accessibles.

Par contre, certains de ces groupes ne peuvent être identifiés que par une analyse subtile et approfondie. Par exemple, lorsqu'on calcule les cas de

morbidité et de mortalité chez les enfants de 5 à 14 ans, on obtient le taux le plus bas de tous les groupes d'âge. Des 157,300 décès de toutes sortes, enregistrés en 1971, seulement 2,000 se sont produits dans ce groupe d'âge. Il semblerait donc, à première vue, que le groupe des 5 à 14 ans soit une population très peu exposée.

Toutefois, en poussant quelque peu l'analyse, on constate que c'est durant cette période de la vie que l'on adopte certaines habitudes et attitudes qui se refléteront sur la santé de l'individu tout au cours de sa vie. C'est alors que l'adolescent décidera de commencer à fumer, d'avoir recours aux drogues ou à l'alcool, d'opter pour l'inaction ou l'exercice, de bien se nourrir ou de conduire prudemment. Par rapport à ces choix, les préadolescents constituent une "population-carrefour", c'est-à-dire qu'ils sont au seuil de décisions qui détermineront leur degré de vulnérabilité dans la vie adulte. Ce serait donc une grave erreur que de négliger sur le plan de la santé, l'éducation des 5 à 14 ans sous prétexte que leur taux de morbidité et de mortalité est peu élevé.

En approfondissant encore la recherche, on peut trouver dans la catégorie des 5 à 14 ans certains jeunes dont le comportement est non seulement négatif vis-à-vis d'eux-mêmes mais qui, en plus, sont susceptibles d'exercer une forte influence sur leurs camarades. Il n'est pas nouveau de voir les adolescents adopter les valeurs et les habitudes des contestataires de leur groupe au lieu de celles de la société en général ou de leurs parents, mais l'ampleur que prend ce phénomène à notre époque est vraiment alarmante. Dans un article récent sur les adolescents qui fument la cigarette aux États-Unis,<sup>7</sup> John S. Tamerin souligne que le pourcentage d'adolescents et adolescentes de 13 à 19 ans qui fument régulièrement la cigarette est passé respectivement de 14.7 p. 100 à 18.5 p. 100 et de 8.4 p. 100 à 11.9 p. 100 entre 1968 et 1970 malgré toute la publicité dans les écoles et à la télévision sur les dangers de la cigarette. Cette tendance se retrouve également au Canada où, entre 1965 et 1972, le pourcentage des adolescentes entre 15 et 19 ans s'adonnant à la cigarette est passé de 22.2 p. 100 à 33.0 p. 100.

Dans son explication des déterminants psycho-sociaux du phénomène de la cigarette chez les adolescents, le Dr Tamerin souligne que l'usage du tabac par ses camarades constitue, et de loin, l'agent déterminant qui pousse un adolescent à fumer. Il fait également ressortir la prédominance de certaines attitudes chez les adolescents qui fument, notamment le désir de paraître plus vieux qu'ils ne le sont, le rejet de l'autorité et des normes sociales, l'impulsion, le goût du risque et la médiocrité du rendement scolaire. Ces mêmes attitudes, selon lui, se manifestent chez les adolescents faisant un usage abusif de l'alcool et des drogues.

Il y a donc de toute évidence, dans le groupe des 5 à 14 ans, un sous-groupe facilement identifiable dont les sujets constituent des risques élevés non

seulement pour eux-mêmes, mais qui exercent une influence considérable sur les autres. Ce sous-groupe peut donc constituer une population-cible de premier ordre, même si on ne la perçoit pas comme telle en se fondant uniquement sur la fréquence de la morbidité et de la mortalité.

En plus des “populations exposées”, il existe des gens qui sont malades mais qui, pour une raison ou pour une autre, ne bénéficient pas de soins adéquats. La négligence à l’endroit de ces personnes, qui ont dépassé le stade du risque et atteint celui de la maladie, est imputable surtout au fait que leurs maladies sont difficilement guérissables et que leur cas ne cadre pas avec l’action thérapeutique sur laquelle se fonde le système de soins. Les invalides, les malades chroniques, les déficients mentaux, les malades mentaux et les personnes âgées, pour ne nommer que ceux-là, sont légion et leur nombre ne cessera d’augmenter au fur et à mesure que la médecine aura éliminé les causes de maladies graves et de décès prématurés. Les soins assurés à ces patients constituent donc une proportion élevée et croissante des tâches de la profession médicale.<sup>8</sup>

Si l’on veut pourvoir aux besoins de ces populations, il faudra reviser la notion curative que l’on prête aux soins de manière à accorder davantage d’attention aux besoins des nombreux éléments de notre société atteints de maladies chroniques ou non guérissables (voir Chapitre 10).

Dans le présent chapitre, on propose, au sujet de ces populations, d’élaborer des programmes qui atténueront les facteurs de risques des populations très exposées. Il est également proposé d’accorder plus d’attention aux soins distribués aux populations dont les affections se prêtent difficilement à la guérison. Dans les deux cas, l’objectif consiste à atteindre certains groupes de la population de préférence aux cas isolés de morbidité.

## **Chapitre 7. Pouvoirs constitutionnels et rôle actuel du gouvernement fédéral**

Toute revue approfondie des activités et des politiques gouvernementales en matière de santé doit tenir pleinement compte de la répartition des pouvoirs en vertu de la Constitution canadienne. Le présent chapitre définit les cadres constitutionnels généraux à l'intérieur desquels l'administration fédérale doit intervenir en matière de santé ainsi que la nature actuelle de ces interventions.

En 1867, les pouvoirs publics ne participaient que très peu aux services de soins. L'individu devait s'appuyer en majeure partie sur ses propres ressources et sur celles de son groupe familial; les hôpitaux étaient administrés et subventionnés par des organismes privés de charité et des communautés religieuses.

Comme l'État jouait un rôle très modeste, on ne pouvait s'attendre à ce que la santé prenne une part importante dans les discussions qui ont abouti à la Confédération ou à la rédaction de l'Acte de l'Amérique du Nord britannique. Les Pères de la Confédération ne pouvaient certes pas prévoir l'ampleur et les ramifications de l'organisation des soins dans une grande société urbaine industrialisée, non plus que les progrès de la science médicale ni la somme considérable de deniers publics requis pour maintenir une qualité supérieure de soins.

Les seules dispositions portant spécifiquement sur les questions de santé dans la répartition des pouvoirs législatifs aux termes de l'Acte de l'Amérique du Nord britannique, prévoient que le Parlement du Canada aura compétence en matière de quarantaine, d'établissement et de maintien des hôpitaux de marine, et que les législatures provinciales seront chargées de "l'établissement, l'entretien, et l'administration des hôpitaux, asiles, institutions et hospices de charité dans la province, autres que les hôpitaux de marine". Dans le contexte de 1867, cette dernière disposition était probablement destinée à englober la plupart des services de santé. De plus, comme les provinces avaient en général compétence en "toutes les matières d'une nature purement locale ou privée dans la province", il est probable que ce pouvoir englobait le domaine des soins, étant donné que la compétence des provinces en matière d'"institutions

municipales” offrait un moyen pratique de traiter ces questions. La distribution des soins de santé a donc traditionnellement été reconnue comme une question essentiellement de ressort provincial.

Néanmoins, une certaine mesure de responsabilité fédérale en matière de soins, s’est exprimée au cours des années sous forme de politiques et programmes élaborés par le gouvernement fédéral:

### **1) La quarantaine et l’établissement et maintien des hôpitaux de marine**

Ce pouvoir est attribué au Parlement du Canada en vertu de l’article 91(11) de l’Acte de l’Amérique du Nord britannique. La plupart des ports et des aéroports sont dotés de personnel médical, infirmier et d’hygiène publique, afin de protéger la population contre l’introduction au Canada de maladies quarantenaires et de réduire les risques inhérents à la santé que peuvent constituer les porteurs de germes.

### **2) Les Indiens et les terres réservées aux Indiens**

Ce pouvoir, accordé au Parlement du Canada en vertu de l’article 91(24) de l’Acte de l’Amérique du Nord britannique, a permis au gouvernement fédéral de dispenser des services de santé aux Indiens. Toutefois, la législation fédérale à ce sujet n’est pas incompatible avec l’application de lois provinciales concernant les mêmes services sanitaires destinés aux Indiens et aux autres résidents d’une province.

### **3) Le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest**

Un amendement constitutionnel, l’Acte de l’Amérique du Nord britannique (1871), stipule que “le Parlement du Canada pourra de temps à autre établir des dispositions concernant la paix, l’ordre et le bon gouvernement de tout territoire ne formant pas alors partie d’une province”. Cette disposition a permis au gouvernement fédéral d’assurer des services sanitaires pour la population du Yukon et des Territoires du Nord-Ouest.

### **4) La loi criminelle**

L’article 91(27) de l’Acte de l’Amérique du Nord britannique accorde au Parlement du Canada compétence sur “la loi criminelle, sauf la constitution des tribunaux de juridiction criminelle, mais y compris la procédure en matière criminelle”. Le gouvernement fédéral a invoqué ce pouvoir dans l’application de mesures répressives destinées à protéger la santé des Canadiens, mesures qui figurent dans la Loi des aliments et drogues, la Loi sur les stupéfiants et la Loi sur les spécialités pharmaceutiques ou médicaments brevetés.

## **5) L'immigration**

L'article 95 de l'Acte de l'Amérique du Nord britannique accorde aux législatures provinciales des pouvoirs analogues à ceux du gouvernement central en matière d'immigration, à condition que la législation fédérale ait primauté sur la législation provinciale. Cette disposition, en plus du pouvoir sur la quarantaine, autorise le gouvernement fédéral à s'occuper des services de santé de l'immigration.

## **6) Les affaires internationales**

L'Acte de l'Amérique du Nord britannique ne renferme aucune disposition quant à la compétence en matière d'affaires extérieures. Ces pouvoirs étaient originellement l'apanage du gouvernement britannique mais ils furent confiés plus tard au gouvernement du Canada. Bien que le gouvernement fédéral soit autorisé à agir au nom du Canada dans le domaine des affaires extérieures, les provinces, étant donné leurs responsabilités constitutionnelles, sont autorisées, de par la loi, à s'occuper des questions sanitaires. La collaboration entre le gouvernement fédéral et les provinces est donc essentielle dans le secteur de la santé internationale où le gouvernement fédéral n'a pas de compétence spécifique en matière de réglementation.

## **7) Les statistiques**

L'article 91(6) de l'Acte de l'Amérique du Nord britannique accorde au Parlement du Canada compétence en matière de statistique, ce qui permet au gouvernement fédéral de participer à la cueillette, à l'analyse et à la diffusion des données et des statistiques sur la santé.

## **8) La milice, le service militaire et le service naval, et la défense du pays**

L'article 91(7) de l'Acte de l'Amérique du Nord britannique place ces éléments sous la compétence fédérale, ce qui permet au gouvernement fédéral d'assurer des services sanitaires aux Forces canadiennes et aux anciens combattants.

## **9) L'établissement, le maintien et l'administration des pénitenciers**

En vertu de l'article 91(28) de l'Acte de l'Amérique du Nord britannique, ce domaine relève de la compétence fédérale et permet au gouvernement d'assurer des services sanitaires aux détenus des pénitenciers fédéraux.

## **10) La paix, l'ordre et le bon gouvernement: pouvoir connexe et résiduel**

Le préambule de l'article 91 de l'Acte de l'Amérique du Nord britannique détermine de façon générale le pouvoir fédéral "de faire des lois pour la paix, l'ordre et le bon gouvernement du Canada, relativement à toutes les matières ne tombant pas dans les catégories de sujets par le présent acte exclusivement assignés aux législatures des provinces". Ce pouvoir, de même que les pouvoirs relatifs aux questions de compétence fédérale exclusive, a permis au gouvernement central de participer à certains programmes, notamment la santé des fonctionnaires fédéraux, la médecine de l'aviation civile, la radioprotection et les services de santé d'urgence.

## **11) Le pouvoir de dépense**

Outre le pouvoir de légiférer accordé au Parlement du Canada dans certains domaines, la Constitution, en vertu de l'interprétation des tribunaux, confère au gouvernement le pouvoir de recourir au fonds de revenu consolidé pour l'achat de quelque article que ce soit à condition que le décret autorisant la dépense en question ne relève pas de la compétence provinciale. Par suite, le "pouvoir de dépense" du Parlement en vertu de la Constitution a permis à ce dernier de verser des fonds aux provinces et aux particuliers dans des secteurs où il ne possède que peu ou pas de pouvoir de réglementation, notamment l'assurance-hospitalisation, l'assurance-maladie, la Caisse d'aide à la santé, les subventions à la santé de toutes sortes ainsi que la santé et le sport amateur. Il a également habilité le gouvernement fédéral à entreprendre des recherches et à fournir des services de renseignements, de même que des services consultatifs.

Quoique le rôle du gouvernement fédéral soit nécessairement limité par ses pouvoirs, le secteur de la santé au sein du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social se retrouve, trente ans après sa création, à la tête de nombreuses activités importantes et variées qui, au cours des années, furent élaborées avec la collaboration des provinces, face à l'évolution constante des besoins des Canadiens en matière de santé.

À titre d'exemple de l'ampleur des problèmes de santé auxquels le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social doit faire face, voici un exposé des activités et des programmes dont il assume la responsabilité. Ces derniers sont décrits dans le contexte de la conception globale de la santé, c'est-à-dire en fonction de la BIOLOGIE HUMAINE, de l'ENVIRONNEMENT, des HABITUDES DE VIE et de l'ORGANISATION DES SOINS DE SANTÉ.

D'abord, au sujet de la BIOLOGIE HUMAINE, le ministère proprement dit subventionne la recherche de deux façons: soit par l'intermédiaire de



subventions ou de contrats aux chercheurs de l'extérieur intéressés aux problèmes de santé publique ou aux questions directement liées aux activités ministérielles; soit par la poursuite de recherches dans ses propres laboratoires, tels ceux des aliments et drogues.

Le Conseil de recherches médicales subventionne la majeure partie des recherches effectuées au chapitre de la BIOLOGIE HUMAINE. Cet organisme ne relève pas du Ministère mais rend compte directement au Parlement par l'intermédiaire du ministre de la Santé nationale et du Bien-être social. Comme le stipule la Loi sur le Conseil de recherches médicales, cet organisme a pour fonction principale "de favoriser, aider et entreprendre des recherches pures, appliquées et cliniques, au Canada, dans le domaine des sciences de la santé, sauf les recherches en matière d'hygiène publique". Il a pour objectifs spécifiques "d'étendre l'infrastructure scientifique et technique des soins, de perfectionner l'application des principes scientifiques aux soins, d'assurer une base de recherche adéquate pour l'éducation dans les sciences de la santé, et de subventionner les recherches contribuant à l'avancement des sciences de la santé et à la formation de chercheurs dans ce domaine".<sup>9</sup>

Pour atteindre les objectifs précités, le Conseil accorde des subventions et des bourses dont l'objet est de défrayer les coûts d'exploitation et de matériel des projets de recherche; de subventionner les chercheurs et les stagiaires en recherche; d'encourager le développement de la recherche dans les domaines très productifs garants d'innovations importantes ainsi que dans les secteurs ou régions où la recherche n'est pas suffisamment développée; de subventionner les colloques, les activités scientifiques internationales et les échanges de scientifiques avec d'autres pays.

Sous la rubrique ENVIRONNEMENT de la conception globale de la santé, le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social administre la Loi des aliments et drogues, à l'exception de parties de l'article 23 et du paragraphe (4) de l'article 25, qui sont administrées par le ministère de la Consommation et des Corporations, la Loi sur les spécialités pharmaceutiques ou médicaments brevetés, une partie de la Loi sur les stupéfiants, une partie de la Loi sur les produits dangereux, la Loi sur les dispositifs émettant des radiations et les règlements d'application desdites lois.

Ces lois et règlements accordent au Ministère un droit de regard sur:

### **1. La qualité des aliments et la santé**

C'est-à-dire les éléments nutritifs et les dangers d'origine microbienne ou chimique, liés au produit lui-même ou à des substances ajoutées.

## **2. La qualité des drogues et la santé**

C'est-à-dire l'évaluation de l'efficacité et de la bonne utilisation des drogues; les dangers d'origine microbienne et chimique dans les approvisionnements de drogues et de produits cosmétiques; le contrôle du marché des narcotiques et des autres drogues pouvant faire l'objet d'abus dans le commerce licite ou illicite.

## **3. La qualité de l'environnement et la santé**

C'est-à-dire l'évaluation des effets des polluants de l'environnement sur la santé; l'évaluation et le contrôle des risques sanitaires et de l'efficacité des dispositifs médicaux, des dispositifs émettant des radiations et, de concert avec le ministère de la Consommation et des Corporations, l'examen des produits dangereux; l'évaluation des effets sanitaires du milieu sociologique et technologique.

## **4. La surveillance de la santé**

C'est-à-dire, par l'intermédiaire du Laboratoire de lutte contre la maladie, la mise en place de moyens d'information de la population canadienne en matière de santé et de maladie, l'établissement d'un service canadien pour l'identification des maladies bactériennes, virales et parasitaires, et l'évaluation et le perfectionnement des méthodes de diagnostic en laboratoire.

Il faut également protéger les Canadiens contre les dangers sanitaires qu'ils ne peuvent prévoir, tels que les accidents d'avion causés par une défaillance du pilote. Le rôle du ministère en médecine de l'aviation civile consiste à assurer un service complet de médecine aéronautique pour le ministère des Transports. Ce service comprend:

1. L'établissement de normes sanitaires pour l'obtention des brevets de pilote et des permis du personnel navigant et des contrôleurs de la circulation aérienne.
2. L'examen médical de tous les candidats.
3. La participation aux programmes de sécurité aérienne et de prévention des accidents.
4. La recherche et le développement de la médecine aéronautique.

La multiplication des voyages internationaux a augmenté les risques "d'importation" des maladies transmissibles au Canada. Le service de quarantaine du Ministère assure la protection contre ces maladies par l'intermédiaire du personnel médical, infirmier et sanitaire en fonction dans la plupart des ports et aéroports.

Toujours dans la catégorie de l'ENVIRONNEMENT, le Ministère, en collaboration avec le ministère de la Main-d'oeuvre et de l'Immigration, protège la population en interdisant l'entrée au Canada d'immigrants atteints d'affections graves. Toutes les personnes qui désirent être admises au Canada à titre d'immigrants doivent présenter un certificat médical ou subir un examen médical.

Le Ministère participe également au contrôle et à l'application de divers codes d'hygiène publique et de codes sanitaires pour les biens et propriétés du fédéral, les compagnies interprovinciales de transport public, les ports et les aéroports.

Dans le cadre d'obligations particulières envers le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest en matière de services sanitaires, le Ministère s'intéresse aux aspects hydrauliques, chimiques et microbiologiques de la distribution d'eau, de lait et d'aliments sains et de l'aménagement de fosses septiques salubres, ainsi qu'aux facteurs naturels et industriels qui ont une incidence sur la santé.

Le Ministère surveille également les facteurs sociologiques qui ont une influence croissante sur la santé, tels que les effets sur la population, de l'évolution sociale rapide engendrée par les divers phénomènes physiques, techniques et économiques.

Dans le cadre de la troisième catégorie de la conception globale de la santé, c'est-à-dire les HABITUDES DE VIE, le Ministère poursuit les activités suivantes:

**1. Abus des drogues:** Le Ministère s'occupe de la promotion, de l'élaboration et de l'application de mesures relatives à l'usage non médical des drogues. Ces mesures portent sur la promotion et l'évaluation des recherches et des études effectuées, l'analyse et la diffusion des données, la prestation de services d'analyse et favorisent la mise en place de services nouveaux.

**2. Abus des boissons alcooliques:** Le Ministère se consacre à certaines activités relatives à la consommation abusive d'alcool. Ces activités comprennent la détermination de la nature, de l'étendue et des conséquences de l'intempérance.

**3. Usage du tabac:** Le Ministère a clairement démontré les risques sanitaires engendrés par l'usage de la cigarette grâce à ses programmes éducatifs et publicitaires. Il mène également une action de recherche et de contrôle dans ce domaine.

**4. Forme physique et loisirs:** Le Ministère administre la Loi sur la santé et le sport amateur et subventionne le Centre national des Sports et de la Récréation. Les services de Récréation Canada et de Sport Canada ont pour mission de recommander des subventions et d'assurer des services

tant sur le plan de la participation des masses à des activités de loisirs que sur celui des sports de compétition. Le Ministère assure en outre des services au Conseil consultatif national de la santé et du sport amateur.

**5. Nutrition:** Le Ministère, par l'intermédiaire de la Direction générale de la protection de la santé, a récemment mené une enquête nationale pour évaluer l'état de nutrition et le régime alimentaire des Canadiens. Cette enquête sur la nutrition a permis de recueillir des données sûres et de reconnaître les carences alimentaires, leur incidence et leur rapport avec l'âge, le sexe, les habitudes alimentaires, le revenu et la région.

**6. Services d'hygiène des Indiens et du Nord canadien:** Le Ministère a entrepris certaines activités pour encourager les Indiens et les habitants du Nord à adopter un mode de vie favorable à la santé; des centres et des postes de soins infirmiers se spécialisent dans l'enseignement de l'hygiène publique. Certains programmes sont également prévus pour donner une formation d'éducateurs sanitaires à des autochtones; d'autres dispositions portent sur l'abus de l'alcool, la forme physique et les loisirs.

**7. Hygiène personnelle:** Le Ministère a formulé des directives et des normes sanitaires, promu l'éducation sanitaire, donné des renseignements et fourni des services de consultation pour les soins de la mère et de l'enfant, les maladies mentales, dentaires et chroniques, le vieillissement, la réadaptation et la planification familiale.

**8. Maladies contagieuses:** L'élaboration de mesures pour enrayer la blennorrhagie et la syphilis a pris une importance particulière.

La quatrième et dernière catégorie de la conception globale de la santé, c'est-à-dire l'ORGANISATION DES SOINS DE SANTÉ, comprend toutes les personnes, les installations et les systèmes qui jouent un rôle dans la distribution des soins. Voici les programmes fédéraux entrepris sous cette catégorie:

**1. L'accès aux soins:** En vertu de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques et de la Loi sur les soins médicaux, le gouvernement fédéral défraie environ 50 p. 100 du coût des services hospitaliers, des services médicaux et des services de diagnostic. Pour recevoir des subventions, qui ont atteint près de deux milliards trois cent millions de dollars en 1973 [y compris les transferts au Québec en vertu de la Loi sur les programmes établis (Arrangements provisoires)], les provinces doivent s'engager à assurer la transférabilité et l'universalité du régime, ainsi que l'accessibilité et la totalité des services.

**2. Personnel sanitaire:** Le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social constitue le foyer de toutes les mesures prises en collaboration pour

améliorer la qualité, la productivité, la répartition et l'approvisionnement en personnel sanitaire. Ces services comprennent la prestation de services techniques et consultatifs.

Le Ministère accorde des subventions à la formation par l'intermédiaire du Programme de subventions à la formation professionnelle. La Caisse d'aide à la santé dispose d'un fonds de \$500 millions mis à la disposition des provinces pour une période de quinze ans; il sert à l'acquisition, à la construction ou la rénovation d'installations pour fins de recherche et de formation du personnel sanitaire.

**3. Perfectionnement des services de santé:** Le Ministère assure des services spéciaux aux provinces en vue de les aider à établir des priorités et des normes pour les systèmes de soins. Il aide les provinces, les institutions et les chercheurs dans la poursuite de recherches qui ont pour but d'améliorer l'efficacité du système. Il assure également des services consultatifs sur la planification régionale, l'évaluation quantitative et qualitative de l'utilisation des soins hospitaliers et médicaux, les soins infirmiers, la diététique, l'ingénierie et la conception des installations.

**4. Services de santé internationale:** Le Ministère coordonne la participation canadienne à l'Organisation mondiale de la santé (OMS), à l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS), à la Commission des Nations Unies sur les stupéfiants et à d'autres organismes internationaux dans le domaine de la santé.

**5. Services de santé d'urgence:** En vertu du décret sur la planification des mesures d'urgence civile, le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social est chargé d'assurer des services sanitaires adéquats en cas de catastrophe nationale. Les programmes et les services à l'échelle provinciale et municipale sont mis au point en collaboration avec les autorités compétentes.

**6. Services de santé des Indiens:** L'article 91(24) de l'Acte de l'Amérique du Nord britannique accorde au Parlement du Canada la responsabilité législative pour les Indiens et les terres qui leur sont réservées. Bien que les traités indiens mentionnent des mesures spécifiques concernant la vie des Indiens, un seul fait mention des soins médicaux. Le traité numéro 6, concernant les Indiens du centre-ouest de la Saskatchewan et du centre-est de l'Alberta stipule qu'une trousse à médicaments devra être conservée au domicile de chaque agent des affaires indiennes pour l'usage et le profit des Indiens, sous l'autorité desdits agents.

Les décisions judiciaires stipulent que le traité n'accorde pas de droits légaux aux Indiens tombant sous le traité, concernant la gratuité des services médicaux.

Toutefois, le gouvernement fédéral, en vertu des lois portant affectation de crédits et d'autres lois, a assuré des services concernant le bien-être général des Indiens, tels que les soins hospitaliers et médicaux. Les provinces ont en outre dispensé des services aux Indiens en tant que citoyens canadiens et résidents des provinces. Le genre de services offerts et la délimitation des responsabilités en ce domaine sont constamment réévalués.

**7. Services de santé du Nord canadien:** Avant 1954, les services de santé au Yukon et dans les Territoires du Nord-Ouest dépendaient de la participation des sociétés, des entreprises et des institutions privées, des médecins et des missionnaires. En 1954, le gouvernement fédéral remplissait des fonctions administratives analogues à celles d'un ministère provincial de la Santé au nom des gouvernements territoriaux. Le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social prête aux gouvernements territoriaux son concours en matière d'administration des régimes d'assurance-hospitalisation et d'assurance-maladie.

Parmi les services en question, on compte les soins donnés par le personnel du Ministère dans ses établissements, c'est-à-dire les hôpitaux, les avant-postes infirmiers, les centres et unités sanitaires, y compris les soins dispensés par des médecins d'exercice privé et les organismes de santé, après entente avec le ministère; les services d'hygiène publique et d'éducation sanitaire; les services consultatifs de santé offerts aux gouvernements territoriaux et au ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien sur les questions relevant de leur autorité.

**8. Services de prothèses:** Depuis 1965, le Ministère administre les services de prothèses qui, auparavant, dépendaient du ministère des Affaires des anciens combattants. Ce changement a eu pour but d'étendre ces services à d'autres personnes que les anciens combattants. Le Ministère prend à sa charge la fabrication de membres artificiels, d'appareils de soutien et de chaussures orthopédiques à l'intention des anciens combattants. Le public peut également bénéficier de ce service dans les provinces qui ont pris les dispositions voulues.

**9. La santé et la Fonction publique:** Le Ministère offre aux fonctionnaires fédéraux des services de diagnostic et de consultation et s'occupe de questions relatives à la prévention et à l'hygiène du travail.

Les activités précitées dans le cadre de l'ORGANISATION DES SOINS DE SANTÉ ressortissent au ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.

Le tableau suivant indique les dépenses du Ministère relatives au coût et à la nature de toutes ses activités:

RÉPARTITION DES DÉPENSES BRUTES EN MATIÈRE DE SANTÉ,  
SANTÉ NATIONALE ET BIEN-ÊTRE SOCIAL, ANNÉES FINANCIÈRES  
1969-1970 À 1973-1974

1. RÉPARTITION (en millions de dollars)

Année	Biologie humaine*	Environnement	Habitudes de vie	Organisation des soins**
1969-1970	31.2	21.5	12.0	1,255.8
1970-1971	34.4	24.2	12.7	1,552.1
1971-1972	36.1	26.3	23.3	1,903.2
1972-1973	38.1	34.9	28.9	2,095.5
1973-1974	40.1	38.4	45.4	2,320.4

2. AUGMENTATION EN POURCENTAGE ET EN DOLLARS DE  
1969-1970 À 1973-1974

	Pourcentage	Millions de dollars
BIOLOGIE HUMAINE*	29%***	8.9
ENVIRONNEMENT	79%	16.9
HABITUDES DE VIE	278%	33.4
ORGANISATION DES SOINS	85%	1,064.6

\* BUDGET DU CONSEIL DE RECHERCHES MÉDICALES SEULEMENT:  
EXCLUT LES ACTIVITÉS RELATIVES À LA BIOLOGIE HUMAINE  
EXÉCUTÉES PAR L'ENTREMISE DE SUBVENTIONS NATIONALES À LA  
SANTÉ ET DANS LES LABORATOIRES DU MINISTÈRE.

\*\*Y COMPRIS LES REMBOURSEMENTS FISCAUX AU QUÉBEC EN VERTU DE LA LOI  
SUR LES PROGRAMMES ÉTABLIS (ARRANGEMENTS PROVISOIRES):

(en millions de dollars)

1969-1970	291.8
1970-1971	310.1
1971-1972	377.2
1972-1973	398.6
1973-1974	436.9

\*\*\*À NOTER QUE LE BUDGET DU CONSEIL DE RECHERCHES MÉDICALES A PLUS  
QUE QUADRUPLE DEPUIS 1966.

De tous les autres ministères fédéraux concernés par la santé, le ministère des Affaires des anciens combattants est l'un des plus importants. Il est chargé d'assurer ou de subventionner les soins destinés aux anciens combattants et, par contrat, aux membres de la Gendarmerie Royale du Canada. À la suite d'un arrêté du Cabinet, en date du 5 décembre 1963, certains des hôpitaux du ministère des Affaires des anciens combattants ont été placés sous la juridiction provinciale. Des transferts de ce genre sont faits dans l'intérêt commun des anciens combattants et de la collectivité. Ils sont facilités par les régimes d'assurance-maladie et d'assurance-hospitalisation. En 1972, ce ministère a dépensé \$76,999,000 pour les soins accordés aux anciens combattants.

Le ministère du Travail veille à l'application du *Code canadien du travail*, et, aux termes de la Partie 4, *La sécurité du personnel*, réglemente les conditions de travail des secteurs public et privé relevant de la compétence fédérale. Non seulement un contrôle direct est-il exercé sur une population active de 750,000 personnes, mais encore ces règlements sont devenus des modèles de plus en plus largement adoptés comme normes par d'autres autorités. Les normes d'aptitude physique des conducteurs de véhicules commerciaux et les normes sur les impressions auditives sont deux domaines, entre autres exemples, où les initiatives fédérales conduisent à un relèvement de ces exigences à l'échelon national. En plus de ses attributions dans les domaines de la réglementation et de l'animation, le ministère du Travail dispense un service d'éducation et de renseignements techniques dans le secteur de la prévention des accidents de travail en général.

Le ministère de la Consommation et des Corporations a principalement pour attribution d'appliquer la Loi et les Règlements sur les produits dangereux. Les accidents (à l'exclusion des accidents de la route) qui, par ordre d'importance, constituent la seconde cause de décès entre 5 et 35 ans, non seulement sont la source de souffrances innombrables, mais ils entraînent aussi de lourdes pertes pour l'économie et contribuent pour beaucoup à l'augmentation des frais hospitaliers et médicaux. Bon nombre de ces accidents se produisent à la maison, dans une large mesure par suite de l'utilisation de produits domestiques dont certains pourraient tomber sous le coup de la Loi et des Règlements sur les produits dangereux.

La Loi sur les produits dangereux interdit la vente, la réclame ou l'importation de certains produits dangereux tout en l'autorisant sous certaines conditions, notamment la nécessité de prévenir le consommateur des dangers que comportent la possession et l'utilisation des produits en question. Les règlements sur les produits dangereux sont constamment modifiés de manière à pouvoir étendre leurs effets à des produits reconnus comme nocifs.



Le ministère de la Défense nationale assure des soins et dispose d'installations sanitaires pour les militaires de façon à maintenir les forces armées ainsi qu'il est prévu, en état de répondre à toute urgence militaire; le Service pénitentiaire fournit les soins aux détenus ou bien en défraie les coûts.

Un grand nombre d'activités fédérales sont liées à la santé, ce terme étant pris dans son sens le plus large. C'est le cas du Service des parcs nationaux, du ministère de l'Environnement, du ministère des Transports, et des activités culturelles du Secrétariat d'État.

En dernier lieu, au plan des conditions fondamentales de la santé, le gouvernement fédéral joue un rôle important. En effet, il contribue au maintien du progrès économique et, au moyen de la redistribution du revenu, il permet à la plupart des Canadiens de satisfaire leurs besoins fondamentaux. Grâce à cette action, les maladies et les décès sont moins nombreux et la qualité de la vie s'améliore.

Il était nécessaire d'indiquer en détail ces responsabilités pour faire la lumière sur les pouvoirs et les limites du champ d'action du gouvernement fédéral. Il faut cependant signaler, une fois de plus, que la tâche de fournir aux particuliers les soins de santé relève avant tout des provinces. Non seulement ces dernières participent au financement des régimes médicaux et hospitaliers, mais elles doivent également assumer la lourde charge de former les spécialistes de la santé et d'appliquer de nombreuses mesures ayant des répercussions directes sur la santé. Le système scolaire, l'organisation des loisirs, le contrôle de l'environnement et les règlements sur la santé et la sécurité industrielle et routière, pour n'en nommer que quelques-uns, retiennent l'attention des provinces. C'est encore aux provinces qu'il revient de trouver des solutions aux problèmes sérieux que posent la hausse du coût et l'accessibilité aux soins de santé.

## **Chapitre 8. La recherche et la conception globale de la santé**

Le Colloque national sur les priorités en recherche médicale, qui a eu lieu le 25 mai 1973 à l'Université McGill, a mis en évidence de nombreuses questions relatives à la recherche médicale. Cette rencontre a permis aux quelques 300 participants et 19 conférenciers, d'entendre les nombreux points de vue, parfois opposés, des chercheurs dans le domaine de la santé au Canada.

Comme on pouvait s'y attendre, la plupart des conférenciers plaidaient en faveur de leurs domaines respectifs; les chercheurs scientifiques demandant une aide accrue à la recherche fondamentale et les cliniciens tentant d'obtenir des subventions plus élevées pour la recherche clinique. En dépit de ce fait, on a pu dégager certaines grandes lignes:

1. La recherche en matière de santé, dans son acception la plus large, c'est-à-dire la recherche fondamentale, clinique, socio-médicale et celle qui porte sur l'organisation des services ne jouit pas de subventions suffisantes, compte tenu des sept milliards de dollars que coûte le système canadien de soins.
2. Un montant insuffisant des crédits affectés à la recherche est attribué aux aspects cliniques, socio-médicaux et organisationnels de la santé et des soins.
3. De nombreuses découvertes confirmées, fruits de la recherche fondamentale et clinique, ne sont pas mises en pratique par les médecins.

La conception globale de la santé, en autant qu'elle s'applique à la recherche de solutions aux problèmes de santé liés à la BIOLOGIE HUMAINE, à l'ENVIRONNEMENT, aux HABITUDES DE VIE et à l'ORGANISATION DES SOINS DE SANTÉ, impose une lourde responsabilité à la recherche.

*Premièrement*, il faut poursuivre le but traditionnel de la recherche, c'est-à-dire faire progresser les connaissances en biologie humaine fondamentale;

*deuxièmement*, il faut intensifier la recherche pour déterminer et mesurer les conséquences des divers facteurs de l'environnement sur la santé physique et mentale;

*troisièmement*, il faut procéder à des recherches pour établir les rapports entre les habitudes ou le mode de vie des gens et leur santé physique et mentale;

*quatrièmement*, il faut entreprendre plus de recherches cliniques pour appliquer aux soins, là où ils sont dispensés, les connaissances de la biologie humaine;

*cinquièmement*, il est nécessaire de procéder à certaines études permettant d'améliorer l'efficacité du système de soins, d'en freiner le coût et de le rendre plus accessible;

*sixièmement*, il faut chercher le moyen d'inciter les Canadiens à se préoccuper davantage de leur propre état de santé physique et mentale, et atténuer les risques auxquels ils s'exposent en négligeant leur mode de vie.

Si l'on veut étudier de près les points ci-avant, l'ensemble des chercheurs devra se concerter au lieu de se livrer à une concurrence malsaine pour la répartition de fonds, malheureusement trop restreints. Il sera possible d'obtenir des résultats notables dans tous les secteurs lorsque les chercheurs feront front commun dans la poursuite du même objectif qui consiste à améliorer la santé des Canadiens.

## **Chapitre 9. La science et la promotion de la santé**

L'esprit de recherche et le scepticisme et, en particulier, la méthode scientifique, qui sont des facteurs essentiels à la recherche, créent toutefois des embûches à la promotion de la santé. En effet, la science est pleine d'hypothèses et de suppositions, alors que l'information destinée à influencer le public doit être claire, précise et sans équivoques. Citons l'épître I aux Corinthiens, chapitre XIV, verset 8:

“Et si la trompette n'émet que des sons confus, qui se préparera au combat?”

La preuve scientifique étayant les rapports de cause à effet entre, d'une part, l'environnement et le mode de vie et, d'autre part, la maladie et la mort, est souvent source de conflits. Il n'est pas difficile de trouver des scientifiques prenant des positions contraires sur les questions suivantes:

- a) l'exercice réduit-il la fréquence ou atténue-t-il la gravité des maladies coronariennes?
- b) l'obésité contribue-t-elle beaucoup à la maladie et à la mort?
- c) la marijuana a-t-elle de graves effets à long terme?
- d) l'ingestion de grandes quantités d'aliments gras et de cholestérol augmente-t-elle le risque de maladies coronariennes?
- e) l'auto-médication fréquente et, en particulier, l'utilisation de médicaments en vente libre est-elle nuisible à la santé?

Une question aussi simple que celle de savoir si l'on doit restreindre la consommation de beurre et d'oeufs peut faire l'objet de discussions scientifiques interminables.

Devant de tels avis scientifiques incompatibles, il serait facile pour les éducateurs et les promoteurs de la santé de ne rien faire; de plus, ceux qui abusent de leur santé y trouvent une excuse “scientifique” toute prête.

Mais plusieurs problèmes de santé au Canada sont suffisamment urgents pour qu'on adopte des mesures correctives même si l'on ne dispose pas de toutes les preuves scientifiques. Les Chinois, pour décrire cette réalité, ont l'expression "MOI SUI" (prononcez MOU SOU) qui signifie "toucher, sentir, tâtonner". Cette notion reflète une approche favorisant l'élaboration de mesures créatrices et novatrices même si les preuves scientifiques et les prévisions sont mises en doute.

La collectivité scientifique doit donc faire des efforts particuliers pour conclure certains débats sur les questions de santé concernant l'environnement et le mode de vie. Dans l'intervalle, il faudra appliquer le principe de "MOI SUI" à la promotion de la santé tout en tenant compte des indications suivantes, lesquelles semblent maintenant suffisamment valides pour justifier une action concrète:

1. Il vaut mieux être svelte que gras.
2. Il faut éviter la consommation excessive de médicaments.
3. Il vaut mieux ne pas faire usage de la cigarette.
4. L'exercice et la bonne forme physique valent mieux qu'un mode de vie sédentaire et une forme physique médiocre.
5. L'alcool est dangereux pour la santé, surtout au volant d'une auto.
6. Les drogues psychotropes sont nuisibles à la santé à moins d'être sous la surveillance d'un médecin.
7. Le calme vaut mieux que la tension excessive.
8. Moins l'air est pollué, plus il est salubre.
9. Moins l'eau est polluée, plus elle est saine.

Le temps viendra où la validité des principes précités et celle d'autres hypothèses seront prouvées de façon scientifique, où les relations précises de cause à effet seront vérifiées et mesurées et où la portée exacte de tous les facteurs sera déterminée.

Entre-temps nous sommes confrontés par des problèmes de santé sérieux et il nous faut élaborer des mesures concrètes à partir de préceptes semblables à ceux précités. Les hypothèses scientifiques sont nécessaires à la recherche mais elles créent parfois un "sentiment d'incertitude" lorsqu'elles sont utilisées pour modifier le comportement de la population; d'ailleurs, elles servent souvent d'excuses aux personnes qui entretiennent et tolèrent un environnement et un mode de vie nuisibles à leur santé.

## **Chapitre 10. Les soins et le traitement**

Le médecin, formé dans un système qui vise à guérir la maladie, a appris à traiter efficacement les maladies infectieuses, les maladies aiguës et les victimes d'accidents qui exigent une technique hospitalière avancée.

Au cours des cinquante dernières années, les maladies infectieuses autres que les affections respiratoires et les maladies vénériennes, ont été plus ou moins jugulées. En 1900, six des dix principales causes de décès étaient dues à des infections ou à des maladies liées à ces phénomènes. En 1970, aucune maladie infectieuse ne figurait parmi les dix principales causes de décès, sauf la pneumonie grippale et certaines maladies de la première enfance. De nos jours, les maladies chroniques et les accidents figurent en tête de liste.

Les maladies chroniques affectent également un grand nombre d'humains durant une grande partie de leur vie. Alors que la santé s'est améliorée pendant les premières années de la vie, les formes moins traitables de maladies sont devenues prédominantes parmi les personnes âgées.

Le vieillissement est responsable de nombreuses maladies chroniques et leur accroissement est proportionnel au nombre de personnes qui atteignent un âge avancé. Par rapport aux maladies chroniques, toutes les personnes de plus de 60 ans font partie des "populations exposées" aux maladies coronariennes, aux troubles circulatoires, au cancer, à l'arthrite, au rhumatisme, au diabète et à d'autres maladies chroniques associées au processus du vieillissement.

Au fur et à mesure que les programmes réussiront à prolonger la vie d'un nombre croissant de Canadiens, la population âgée augmentera et ses besoins seront du même fait multipliés. Or, à moins d'assurer une extension considérable aux programmes de formation de spécialistes en gériatrie, il sera impossible de satisfaire à ces besoins.

Parmi les autres couches de population de tout âge, atteintes de maladies permanentes ou chroniques, figurent les déficients profonds, les personnes atteintes de troubles affectifs et celles qui sont devenues invalides suite à un accident.

Comme le système de soins a pour objectif principal de soigner les malades, le traitement des maladies chroniques n'offre pas autant de satisfaction au plan professionnel parce qu'il requiert une grande patience et, très souvent, le succès se mesure non pas en fonction de la guérison mais plutôt par le contrôle de l'invalidité chronique.

Par conséquent, le nombre de médecins spécialisés en maladies chroniques ou affections susceptibles d'entraîner l'invalidité pendant une période indéterminée est relativement peu élevé en comparaison de ceux qui se spécialisent dans le diagnostic et le traitement des maladies aiguës. Par exemple, il n'y a qu'une centaine de spécialistes au Canada en médecine physique et en réadaptation, soit un pour 200,000 habitants, et les spécialistes en gériatrie sont également rares.

Le même déséquilibre existe au sein des établissements de traitement où l'on retrouve une proportion élevée de lits pour maladies aiguës par rapport à ceux réservés aux malades chroniques nécessitant des soins prolongés.

Il faudra reconsidérer la valeur rattachée au système de l'ORGANISATION DES SOINS DE SANTÉ, de manière à ce que les soins aux malades chroniques retiennent autant l'attention des spécialistes de la santé que le traitement des maladies aiguës. Cette révision revêt une urgence croissante puisque les besoins dans ce domaine augmentent au fur et à mesure de l'augmentation du pourcentage de la population âgée au Canada.

En 1965, seulement 8 p. 100 de la population canadienne dépassait l'âge de 65 ans. En l'an 2000, cette proportion sera de 11 p. 100 compte tenu du taux de survie actuel. Même à un taux de croissance stable, on comptera alors 3.2 millions de personnes âgées de plus de 65 ans, sur une population estimée à 29 millions. Si les mesures destinées à atténuer les risques provoqués par l'environnement et les habitudes de vie se révèlent efficaces, le taux de survie des plus de 65 ans sera encore plus élevé.

Il est donc essentiel, à l'intérieur du système actuel d'ORGANISATION DES SOINS DE SANTÉ, de relever le niveau des "soins", à l'égard de celui du "traitement", si l'on veut répartir les ressources en fonction des malades chroniques dont le nombre s'accroît.

Dans la nouvelle répartition des soins en faveur des malades chroniques, il se révélera peut-être avantageux que les établissements et les cliniques de soins pour maladies chroniques soient dotés d'infirmières ayant reçu une formation en thérapeutique et en counseling, domaines actuellement réservés aux médecins. Dans certaines cliniques, comme la *Kaiser-Permanente Foundation d'Oakland* (Californie), on a constaté que quatre infirmières et un médecin, pouvaient dispenser à un coût bien moindre autant de soins que quatre médecins.

## Chapitre 11. La santé mentale

Les préjugés sociaux envers les maladies mentales sont encore si ancrés et engendrent de tels sentiments de gêne que le sujet est rarement abordé ouvertement. Bien peu de gens avouent qu'ils ont un enfant atteint de troubles affectifs ou encore que leur conjoint s'est suicidé. L'intense sentiment de honte qui entoure une famille dont l'un des membres est atteint de troubles affectifs, est constamment nourri par les médias rapportant les cas de personnes déclarées non coupables d'un crime violent pour cause d'aliénation mentale. Les maladies mentales, par conséquent, sont souvent associées à la violence, au mal, à des sentiments de culpabilité et de honte.

Étant donné cette attitude sociale, il n'est pas surprenant que la nature, la fréquence et les causes sous-jacentes des maladies mentales demeurent incomprises du grand public. Voici les faits:

Au Canada:

1. De 5 à 10 p. 100 des enfants d'âge scolaire ont des troubles affectifs ou des difficultés d'apprentissage qui nécessitent des soins spécialisés.
2. En 1970, les hôpitaux *généraux* ont consacré 2,200,000 journées d'hospitalisation au traitement de névroses et de psychoses.
3. En 1970, les établissements *psychiatriques* ont accordé 21,200,000 journées de soins.
4. Au 31 décembre 1969, il y avait 66,500 malades inscrits dans les établissements psychiatriques canadiens. Parmi ces derniers, 33,200 étaient psychotiques, 24,100 déficients mentaux, 4,800 alcooliques, 2,300 névrotiques et 2,100 souffraient d'affections non spécifiques.

En plus des données précitées, on estime que les troubles mentaux, tels que l'anxiété, sont un des facteurs de consultation chez 50 p. 100 des personnes examinées en médecine générale.<sup>10</sup> Trois Canadiens sur mille sont, à l'heure actuelle, hospitalisés dans des établissements psychiatriques. Dans une ville de 400,000 habitants par exemple, plus de 1,200 résidents sont actuellement hospitalisés pour cause de maladie mentale sans compter ceux qui sont traités en consultation externe.



Il convient de souligner que les données statistiques sur les maladies mentales sont grossièrement inexactes et ce, à cause de la honte et de la peur engendrées par ces troubles, qui empêchent les gens de chercher à se faire soigner, et à cause des préjugés d'ordre juridique, social et religieux contre lesquels les spécialistes tentent de protéger leurs malades.

La honte est engendrée par les diverses croyances populaires. On s'imaginait autrefois que les malades mentaux étaient possédés du démon, et ils étaient bannis par la société. Même de nos jours, on croit encore que les maladies mentales sont héréditaires et qu'elles sont la conséquence de comportements déréglés tels que l'alcoolisme et les mauvaises fréquentations, ou encore qu'elles sont dues directement à la mauvaise éducation donnée par les parents.

Les maladies mentales ont des conséquences juridiques, sociales et religieuses qui se reflètent dans les règlements de nombreuses écoles et de nombreux établissements (notamment les hôpitaux) où l'on refuse d'admettre ou d'engager des candidats qui ont déjà souffert de troubles psychiques. D'autre part, des accusations sont parfois portées en vertu du code pénal contre une personne qui a essayé de se suicider.

De plus, la gravité des cas exprimés dans les statistiques est souvent amoindrie, car les psychiatres ont l'habitude de minimiser le diagnostic dans le cas de jeunes personnes, parce que le fait d'être identifié comme "psychotique" durant toute sa vie est certes un lourd fardeau et risque de retarder le processus de réadaptation.

Il reste donc beaucoup à faire pour réviser les lois et les coutumes désuètes qui sont fortement marquées du mythe ancestral associant le "mal" aux maladies mentales. Il faudrait assurer une protection et des soins satisfaisants aux malades mentaux, offrir des possibilités de réadaptation et informer le public sur les maladies mentales et modifier son attitude à ce sujet. La prévention des maladies mentales, la définition de facteurs positifs de santé et leur promotion sont autant de domaines peu explorés.

Le processus pathologique au sein de nos familles, le système scolaire et celui des valeurs de la société reflètent le besoin urgent d'élaborer des programmes de prévention pour l'ensemble de la population. Ces mesures de prévention auraient non seulement pour effet de diminuer les risques de maladies mentales et d'étendre les responsabilités, mais elles contribueraient à atténuer ce sentiment de culpabilité qui afflige tellement certains individus.

Les problèmes de la santé mentale peuvent être examinés à la lumière du concept global de la santé. L'évaluation des répercussions sur la santé mentale que peuvent avoir la biologie humaine, l'environnement, les habitudes de vie et l'organisation des soins, peut servir de point de départ à l'élaboration de

programmes de prévention et de thérapie qui s'attaqueront aux causes dominantes de cette maladie. On ne pourra toutefois accorder à ces programmes la priorité qu'ils méritent tant que l'on n'aura pas fait disparaître le sentiment de honte lié à la maladie mentale. Il faut d'abord et de toute urgence lever le voile qui la recouvre avant de mettre à exécution un plan d'action défini.

## **Chapitre 12. La conception globale de la santé et les stratégies envisagées**

Les propositions défendues dans ce présent document, assurent un cadre universel à l'analyse des problèmes de santé et à la formulation de mesures correctives. Comme le cadre de référence est très large, il favorise l'implantation d'une prise de conscience commune auprès des personnes engagées dans le mécanisme de décisions affectant la santé. Voici quelques-uns des principaux groupes directement concernés:

1. les professionnels de la santé
2. les établissements de santé
3. le monde scientifique
4. le système d'enseignement
5. les autorités municipales
6. les gouvernements provinciaux
7. le gouvernement fédéral
8. le monde des affaires et les syndicats ouvriers
9. les organismes bénévoles, et
10. chaque Canadien pris individuellement.

Cette conception n'englobe pas les questions de compétence qui, bien qu'importantes pour les gouvernements, ne constituent pas la principale pré-occupation des Canadiens lorsque leur santé est mise en cause. Elle détermine les exigences sanitaires sans tenir compte des subtilités sur le plan des délimitations professionnelles ou sectorielles, et polarise son attention sur les facteurs-clé relatifs à la santé publique.

En utilisant le concept global de santé pour analyser les politiques du gouvernement fédéral en matière de santé, on a constaté que la BIOLOGIE

HUMAINE, L'ENVIRONNEMENT et LES HABITUDES DE VIE avaient un caractère national qui transcendait les frontières provinciales, à l'exception de questions ayant un caractère strictement local.

Protéger les aliments contre la contamination, prévenir l'abus des drogues, reconnaître que la consommation abusive d'alcool, l'usage du tabac, l'obésité, la mauvaise condition physique, les maladies chroniques, les maladies mentales, les maladies vénériennes et les décès causés par les accidents de la route sont des problèmes de santé à l'échelle nationale pour lesquels le gouvernement fédéral peut faire preuve de leadership. Cette forme d'action peut s'exercer en toute liberté au plan juridictionnel en autant que cette action servira, appuiera, suppléera, sans double emploi ou conflit, les buts et les services des provinces et respectera leur autorité en matière de services de santé. Bref, les trois premiers éléments de la conception globale de la santé peuvent faire l'objet d'initiatives fédérales et venir s'ajouter ainsi à celles déjà en cours (voir Chapitre 7).

Lorsqu'il s'agit des besoins et des désirs exprimés ou latents de la population, le présent document correspond vraiment aux nouvelles tendances et attentes de la société canadienne. La préservation et l'amélioration de l'environnement sont des objectifs qui répondent à un besoin profondément ressenti et pour lequel existe un puissant mouvement d'expression populaire. Dans le secteur des habitudes de vie, l'alimentation et le contrôle du poids, ainsi que les activités de loisirs collectifs sont des sujets d'intérêt croissant qui révèlent que les Canadiens sont de plus en plus désireux de rompre avec un mode de vie nuisible à leur santé. Ces situations et les autres grandes préoccupations qui prévalent actuellement au Canada au sujet des habitudes de vie peuvent être résolues grâce à des mesures judicieusement élaborées à partir de la conception globale de la santé, en supposant que ces mesures fassent l'objet d'un choix raisonnable et répondent aux besoins des citoyens.

Lorsqu'il s'agit d'une collectivité particulière, soit celle des chercheurs, le présent document reconnaît non seulement la nécessité de la recherche biologique fondamentale, mais souligne également le besoin de rattacher les buts et les utilisations de la recherche dans le domaine de la santé aux questions que soulèvent l'environnement, les habitudes de vie et la distribution des soins.

Pour ce qui est des spécialistes de la santé, qui désespèrent souvent de voir les malades ne pas suivre leurs conseils, et par là, multiplier les dangers pour leur santé, ou qui désireraient voir les gouvernements s'attaquer aux causes sous-jacentes de morbidité et de mortalité, ils trouveront dans le présent document des arguments puissants pour étayer leur cause.

Les organismes bénévoles, qui s'efforcent de sensibiliser les Canadiens aux facteurs qui influencent leur santé et à la gravité de certaines maladies, seront

plus en mesure de découvrir ceux qui partagent leur cause et qui veulent prêter leur concours.

Les personnes défavorisées peuvent compter obtenir l'attention à laquelle elles ont droit de s'attendre sur le plan de la santé. Les malades chroniques, les personnes âgées, les malades mentaux, les économiquement faibles, les parents aux prises avec des difficultés de tout ordre et tous ceux qui sont exposés à des risques élevés ou qui ne reçoivent pas de soins appropriés, peuvent espérer que des mesures concrètes seront prises afin de répondre davantage à leurs besoins.

Le rôle du gouvernement fédéral proposé dans le présent document constitue un point de départ prometteur. Au cours des années passées, le gouvernement fédéral a restreint ses activités dans le domaine de la santé aux responsabilités traditionnelles qui lui incombait, c'est-à-dire la médecine quarantenaire, la protection des aliments et des produits, l'accès aux soins par de fortes subventions aux régimes provinciaux d'assurance-maladie et, par le financement de la recherche. Le gouvernement a fait porter ses efforts sur ces domaines parce qu'il croyait que l'amélioration des soins était le meilleur moyen d'élever le niveau de santé des Canadiens. Par exemple, en 1973, le gouvernement fédéral a dépensé la somme de deux milliards trois cents millions de dollars en contributions aux régimes provinciaux d'assurance-maladie et a éliminé une grande partie des obstacles financiers qui entravaient l'accès aux soins médicaux et hospitaliers.

D'après les données de l'analyse des causes de morbidité et de mortalité, il semble à présent que le moyen le plus prometteur de réaliser des progrès en matière de santé réside dans une conjonction de l'amélioration de l'environnement et de l'atténuation des risques pris par les individus.

Le gouvernement du Canada a donc l'intention, en premier lieu, de maintenir la qualité des services et de poursuivre ses efforts à l'intérieur de ses programmes actuels de protection de la santé, de recherche et de financement des soins. À ces services viendront s'ajouter des mesures portant sur certains problèmes spécifiques de santé à l'échelle nationale, lesquelles seront déterminées en collaboration avec les provinces, les consommateurs, les professionnels de la santé et les groupes bénévoles. Ces mesures seront élaborées en fonction de la gravité et de l'ampleur des problèmes et auront pour objet d'éliminer ou d'atténuer les causes sous-jacentes à la maladie et à la mortalité.

En temps utile, certaines mesures seront orientées vers les facteurs de l'environnement, d'autres vers les risques engendrés par les habitudes de vie; certaines seront destinées à élargir le champ d'action de la recherche dans le domaine de la santé, et d'autres, enfin, permettront une extension des soins auprès des personnes défavorisées. Dans tous les cas, ces actions seront entreprises en fonction des vœux et des préoccupations de tous ceux qui contribuent à la santé des Canadiens et, en particulier, par la population elle-même.

Puisque les soins de santé n'englobent pas moins de 7 p. 100 de la valeur des biens produits annuellement par les Canadiens, il est évident que le taux d'après lequel le gouvernement du Canada peut accroître ses activités dans le domaine de la santé est considérablement limité par des facteurs d'ordre financier. Il est également vrai qu'il faudra un certain temps avant que les mesures destinées à prévenir la maladie puissent se traduire par des économies au point de vue des coûts de la distribution de soins curatifs.

À cause de ces deux facteurs, il est absolument nécessaire que les actions élaborées de concert avec les provinces, les professionnels de la santé et les groupements soient choisies avec soin et qu'il soit bien tenu compte des frais et des profits escomptés. Dans le choix de ces mesures, il faudra prendre de nombreux éléments en considération, dont les suivants:

1. la gravité du problème de la santé;
2. les priorités de ceux qui partagent les pouvoirs de décisions;
3. la disponibilité de solutions efficaces dont les résultats sont mesurables;
4. les coûts engagés et,
5. l'effet d'entraînement des initiatives fédérales destinées à coordonner et intensifier l'aide de tous ceux qui font des contributions essentielles à l'amélioration de la situation sanitaire ou qui détiennent un rôle-clé dans la lutte contre la hausse du coût des soins.

Compte tenu des considérations précédentes et conscient du fait que la bonne santé des Canadiens est un objectif qui transcende les questions de compétence et de groupes d'intérêt particuliers, le gouvernement du Canada se propose de prendre des mesures pour conduire le pays vers de nouveaux sommets en matière de santé.

En prenant ces mesures, le gouvernement canadien, de concert avec d'autres secteurs, poursuivra *deux objectifs principaux*:

1. *Atténuer les risques pour la santé mentale et physique* au sein des populations à risques élevés et
2. *Améliorer l'accessibilité* des soins physiques et mentaux aux personnes ne disposant pas de services adéquats.

Cinq stratégies sont proposées pour réaliser ces objectifs:

1. Une *stratégie de promotion de la santé* destinée à informer, sensibiliser et aider les particuliers et les organismes, afin qu'ils acceptent d'assumer une responsabilité plus grande et de participer plus activement aux activités liées à l'amélioration de la santé mentale et physique;

2. Une *stratégie de réglementation* destinée à utiliser les pouvoirs réglementaires conférés à l'administration fédérale, pour réduire les risques sanitaires d'ordre physique et mental, et à encourager les provinces à utiliser leur pouvoirs de réglementation à cette même fin;

3. Une *stratégie de recherche* conçue pour favoriser la découverte et l'application de connaissances nécessaires à la solution de problèmes de santé physique et mentale;

4. Une *stratégie d'efficacité des soins* qui a pour but d'aider les provinces à réorganiser le système de distribution des soins pour maladies mentales ou physiques de façon que les éléments—coût, accès et qualité—soient équilibrés au mieux des intérêts des Canadiens;

5. Une *stratégie d'établissement d'objectifs* qui sera destinée à fixer, en collaboration avec d'autres secteurs, les objectifs nécessaires à l'amélioration tant de la santé mentale et physique des Canadiens que de l'efficacité du système de soins.

L'application de ces stratégies exigera certes beaucoup d'études et de consultations, et c'est dans la perspective des actions possibles ci-après que cette tâche sera entreprise:

*Stratégie de promotion de la santé.* Voici quelques moyens d'action suggérés:

1. Élaborer des programmes éducatifs sur la nutrition à l'intention du grand public.

2. Obtenir la participation des entreprises de produits alimentaires et des restaurateurs et les engager à faire connaître la valeur calorique et les éléments nutritifs des aliments qu'ils mettent en vente.

3. Mener des campagnes d'éducation destinées à sensibiliser la population à la gravité et aux causes des accidents de la circulation, ainsi qu'aux décès et blessures imputables à ce fléau.

4. Élaborer des programmes destinés à favoriser une meilleure compréhension de la gravité et des causes des maladies coronariennes.

5. Établir des mesures propres à lever le voile sur les maladies mentales et à instaurer une attitude plus réaliste quant à l'urgence et la gravité de ce problème.

6. Diffuser des renseignements destinés à rendre les gens plus conscients des dangers de l'auto-médication.

7. Intensifier les campagnes d'information dans le but de sensibiliser le public aux problèmes de santé attribuables aux maladies vénériennes de même qu'à l'abus de l'alcool, des drogues et du tabac.
8. Inciter les employeurs à élaborer des programmes permettant de faciliter la transition entre la vie active et la retraite.
9. Élargir les programmes destinés à rendre la vie plus intéressante pour les personnes âgées.
10. Promouvoir des programmes d'éducation sanitaire pour les étudiants et les adultes, en particulier par voie de collaboration entre les spécialistes de la santé et les enseignants.
11. Élaborer des programmes de sensibilisation à l'intention de certains publics-cibles en vue d'atténuer les risques inhérents au mode de vie et à l'environnement, notamment le monde des affaires, les syndicats ouvriers, les pouvoirs publics, les organismes bénévoles, les groupes d'action populaire, les collectivités, les professionnels de la santé, les parents et les enseignants.
12. Favoriser l'élaboration de programmes de marketing pour promouvoir l'exercice physique chez les Canadiens.
13. S'assurer du concours des autorités scolaires en vue d'accroître les occasions de loisirs physiques aux niveaux primaire, secondaire, collégial et universitaire.
14. Encourager la mise sur pied d'installations simples à usage intensif pour multiplier les occasions de loisirs physiques, comme les pistes pour la course, les sentiers en forêt, les pistes de ski, les installations de tennis, de badminton, de volleyball, les terrains de jeux, les pistes cyclables et les patinoires.
15. Encourager les autorités locales à utiliser pleinement les installations déjà existantes, tant intérieures qu'extérieures, y compris les gymnases, les piscines, les terrains de jeu et les complexes sportifs.
16. Maintenir et accroître l'aide aux programmes sportifs à forte participation du public.
17. Encourager les clubs sportifs privés à faire preuve d'un plus grand esprit communautaire, en ouvrant leurs portes aux couches moins favorisées de la population.
18. Accorder un appui plus grand aux programmes spéciaux de loisirs physiques à l'intention des autochtones, des handicapés, des personnes âgées et des économiquement démunis.



19. S'assurer du concours des mouvements féministes pour accroître le nombre de programmes de loisirs physiques de groupe pour l'élément féminin, y compris les écolières, les jeunes adultes, les ménagères et les femmes sur le marché du travail.

20. S'assurer du concours des entreprises en vue de l'établissement de programmes d'éducation physique à l'intention de leurs employés sédentaires.

21. S'assurer du concours des syndicats ouvriers représentant les travailleurs sédentaires dans le but d'obtenir des programmes d'éducation physique conçus pour cette catégorie d'employés.

22. Rendre les spécialistes de la santé plus conscients des facteurs qui affectent la forme physique.

23. Poursuivre l'élaboration d'un auto-test pour permettre aux Canadiens d'évaluer leur forme physique.

Voici, entre autres, les actions qui pourraient être menées relativement à la *Stratégie de réglementation*:

24. Règlements destinés à améliorer les éléments nutritifs des aliments.

25. Consultation avec le ministère de la Justice concernant les lois relatives à la conduite des véhicules en état d'ébriété.

26. Contrôle plus sévère de la publicité des produits qui font l'objet d'abus répétés et qui, de ce fait, constituent de graves risques pour la santé.

27. Intensification de la lutte contre les dangers que font courir à la santé, la pollution de l'air, de l'eau, des aliments, des sols, et la pollution par le bruit, dans la mesure où ces questions relèvent de la juridiction du gouvernement fédéral.

28. Intensification de la lutte contre les maladies transmissibles, les effets nocifs des rayonnements, les risques causés par les appareils médicaux et les cosmétiques.

29. Accroissement du contrôle exercé, en vertu de la Loi sur les produits dangereux, sur la réclame, l'importation et la vente de produits domestiques dont la possession ou l'utilisation est liée à un grave risque d'accident ou présente un danger pour la santé.

30. Aide aux provinces pour inciter la population à se conformer de bon gré aux décrets arrêtés par elles concernant le port obligatoire de la ceinture de sécurité dans les véhicules à moteur.

31. Règlements concernant les contenants à médicaments à l'épreuve des enfants.

Voici, entre autres, des actions possibles relativement à la *Stratégie de recherche*:

32. La poursuite d'un dialogue permanent entre les planificateurs en matière de santé et les chercheurs au sujet des priorités de la recherche dans le domaine de la santé appliquée, tout en laissant aux chercheurs le droit d'établir leur propres priorités dans le domaine de la recherche fondamentale.

33. La mise sur pied, à intervalles réguliers, d'enquêtes nationales sur la santé visant à déterminer la fréquence et la nature des maladies physiques ou mentales aiguës ou chroniques, afin d'évaluer la situation et les besoins des Canadiens et de mesurer les changements qui interviennent par rapport à cette situation et à ces besoins.

34. La mise sur pied d'un programme spécial destiné à établir des indicateurs sanitaires et à identifier les populations à risques élevés, afin d'évaluer la nature et la gravité des risques pour la santé mentale et physique et de proposer des mesures permettant de les atténuer.

35. L'élaboration de mesures destinées à favoriser l'intégration, l'amélioration et l'utilisation à l'échelle nationale, des données et des statistiques enregistrées à divers paliers gouvernementaux et institutionnels.

36. L'établissement d'un système global de déclaration des accidents en vue de la communication de statistiques sur les accidents qui feraient connaître, entre autres choses, les produits dangereux.

37. L'extension de l'aide accordée à la recherche pour déterminer les causes sous-jacentes des maladies coronariennes.

38. L'extension de l'aide à la recherche sur les causes et le traitement des maladies mentales.

39. L'appui à des projets destinés à évaluer les résultats des programmes existants de dépistage intensif et à éprouver l'efficacité de projets futurs.

40. La création d'un institut national sur l'abus des drogues, englobant toutes les drogues qui font l'objet d'un usage abusif, telles que les drogues psychotropes, légales ou illégales, l'alcool et la cigarette. Cet institut serait chargé également de recueillir des données statistiques, de subventionner la recherche, d'évaluer les mesures préventives et curatives et de recommander l'adoption de mesures appropriées.

41. L'instauration d'une étude approfondie et continue destinée à informer efficacement les Canadiens sur les moyens à prendre pour modifier leur comportement de manière à atténuer les risques auxquels ils s'exposent délibérément.

42. La poursuite et l'extension de la recherche actuelle sur l'influence de l'environnement sur la santé.

43. L'élaboration d'un programme permettant d'évaluer l'effet des changements sociaux et d'environnement sur la santé, et de calculer les facteurs de risques attribuables aux habitudes de vie.

44. Le maintien de l'aide à la recherche sur la santé physique et mentale et sur les tests d'efficiences physiques.

45. L'extension de l'aide à la recherche en vue d'améliorer les techniques de distribution des soins.

46. Le maintien de l'aide à la recherche en tenant compte de l'ampleur du secteur de distribution des soins.

En ce qui concerne la *stratégie d'efficacité des soins*, il est important de souligner que le mot "efficacité", dans ce contexte, n'est pas strictement limité à la notion d'un coût peu élevé par unité de production, mais renferme, en plus de la notion de coût, deux éléments importants: l'accessibilité et le rendement des services. Voici certaines actions possibles en ce sens:

47. Rechercher un mode de financement des soins qui encouragera les intéressés à distribuer des soins adéquats, au meilleur coût possible et qui permettra d'inclure d'autres services essentiels au régime actuel.

48. Améliorer les services de santé en milieu de travail et les soins d'urgence, y compris la formation de personnel.

49. Dépister, traiter et suivre les Canadiens souffrant d'hypertension artérielle.

50. Aider les programmes destinés à réduire les risques de maladies coronariennes prématurées, notamment des programmes de surveillance du poids, d'exercice, de réduction du stress et de lutte contre le tabac.

51. Dépister, traiter et suivre les Canadiens qui ont un niveau élevé de cholestérol (hypercholestérolémie).

52. Aider les programmes destinés à améliorer, qualitativement et quantitativement, la formation dans les professions intéressées aux maladies et à l'hygiène mentales, en particulier, des infirmières, des travailleurs sociaux, des éducateurs spécialisés et des enseignants.

53. Subventionner des programmes de formation de conseillers sur les problèmes de l'alcoolisme et du traitement de cette maladie.
54. Inciter les employeurs à élaborer des programmes à l'intention des travailleurs aux prises avec des problèmes reliés à l'alcool.
55. Favoriser les services de visites à domicile et d'autres programmes destinés à aider les malades chroniques et les personnes âgées à demeurer dans leur milieu.
56. Mettre au point et subventionner des programmes de formation en gérontologie et en gériatrie à l'intention notamment des médecins, des infirmières et du personnel auxiliaire de santé.
57. Adhérer constamment au principe que l'accessibilité aux soins ambulatoires, institutionnels et à domicile, doit correspondre aux besoins manifestés par le public.
58. Accorder des subventions fédérales à des programmes permanents de formation de spécialistes de la santé, programmes dont l'objet serait d'assurer une meilleure répartition du personnel sanitaire tant sur le plan géographique que sur celui des spécialités en fonction des besoins des couches économiques à desservir.
59. Étendre constamment le rôle de la profession infirmière en ce qui concerne les soins aux malades mentaux et aux malades chroniques, les soins à domicile, le counseling familial sur les mesures préventives portant sur la santé physique et mentale, et la réduction des risques inhérents à l'environnement et au mode de vie.
60. Organiser et administrer un système amélioré de renseignements sur les médicaments à l'intention des médecins, pour que ces derniers soient en mesure de faire un usage plus efficace et plus rationnel des médicaments.
61. Promouvoir de façon permanente la mise sur pied de centres de santé communautaires intégrés, tant sur le plan physique que sur le plan professionnel.
62. Élaborer des mesures pratiques, comme l'utilisation de comités d'experts, afin de réduire la marge de temps entre l'annonce d'une découverte médicale et son application au niveau de la distribution des soins.
63. Favoriser le développement d'organismes régionaux responsables du réseau de distribution des soins de santé dans leurs régions respectives.

64. Obtenir le concours des pharmaciens dans l'élaboration d'un système de contrôle, sous la direction du médecin, qui permettrait à ce dernier de savoir si le malade prend les médicaments tels que prescrits.

65. Travailler avec les conseillers en génétique dans le but d'améliorer et d'étendre l'utilisation et l'accessibilité des services de génétique à la population.

66. Poursuivre et accroître l'aide apportée aux provinces dans leur campagne contre les maladies vénériennes.

67. Étudier la possibilité d'intégration des compétences rattachées aux différents services administrés par le gouvernement fédéral, tels que les services aux anciens combattants, aux Esquimaux, aux Indiens, à la population des régions nordiques et aux détenus.

En ce qui concerne la *stratégie d'établissement de buts*, laquelle s'applique aux quatre stratégies précitées, il faudra intensifier les consultations pour établir un schéma des principaux buts à poursuivre, pouvant polariser les efforts du personnel de la santé et lui donner une vision beaucoup plus nette des objectifs à atteindre. Un objectif s'inscrit à l'intérieur d'une période de temps définie et doit s'exprimer quantitativement. Les actions proposées comprennent notamment:

68. L'élaboration de moyens spécifiques destinés à réduire la fréquence des principales causes de maladie et de décès.

69. L'établissement de délais précis pour la réduction des causes de morbidité et de décès.

70. L'élaboration de mesures précises en vue d'améliorer le système de distribution des soins, notamment au point de vue coût, accessibilité des soins et rendement des services.

71. L'établissement de délais précis pour la réalisation de ces mesures.

72. L'établissement de normes dans la distribution des soins de santé physique et mentale.

73. L'élaboration de normes nationales de nutrition comprenant des recommandations précises sur les niveaux admissibles d'ingestion de substances dangereuses présentes à l'état naturel dans les aliments.

74. Un engagement plus intense face aux objectifs de l'Organisation mondiale de la santé, et de l'Organisation panaméricaine de la santé.

## ***Conclusion***

L'exposé précédent qui englobe les deux objectifs principaux, les cinq grandes stratégies et les soixante-quatorze recommandations, constitue un cadre de pensée permettant d'analyser les questions relatives à la santé sous tous leurs angles. Il facilitera l'élaboration d'une politique de la santé dans les années à venir. Les propositions ne sont pas d'égale importance et l'autorité nécessaire à leur mise en oeuvre est répartie entre les gouvernements, les professions et les organismes. Voilà pourquoi ce document de travail ne porte pas de jugement quant à leur portée financière et juridictionnelle et n'établit aucune priorité pour les autres niveaux de gouvernement. Étant donné les restrictions financières, le rythme et l'ampleur des mesures devront être compatibles avec la croissance économique afin de ne pas alourdir le fardeau du contribuable. Néanmoins, la conception globale de la santé et le présent document de travail mettront en lumière les choix disponibles. En dernier ressort, il appartient aux particuliers, à la société et aux gouvernements, de se prononcer.

## Références

1. Paley, William, *Natural Theology*, R. Faulder, London, 1802, réédité par Gregg International Publishers, Farnborough, England, 1970, p. 498.
2. McKeown, Thomas, *A Historical Appraisal of the Medical Task*, extrait du "Medical History and Medical Care", Oxford University Press, 1971.
3. McKeown, Thomas, *The Major Influences on Man's Health*, communication inédite, août 1973.
4. McKeown, Thomas, *An Interpretation of the Modern Rise in Population in Europe*, *Population Studies*, Vol. XXVII, No 3, p. 345, novembre 1972.
5. Collins, R., *Drinking on the Job*, *Imperial Oil Review*, 1973, No 2.
6. Laframboise, Hubert L., *Health Policy: Breaking it Down Into More Manageable Segments*, *Journal de l'Association médicale canadienne*, 3 février 1973.
7. Tamerin, John S., *Recent Increase in Adolescent Cigarette Smoking*, *Archives of General Psychiatry*, Vol. 28, janvier 1973, pp. 116-119.
8. Glazier, William H., *The Task of Medicine*, *Scientific American*, Vol. 228, No 4, avril 1973.
9. Budget des dépenses, Gouvernement du Canada, 1973-1974.
10. Report of the Committee on the Healing Arts, Ontario, Vol. 3, 1970, p. 148.





## **Annexe A. Panorama de la mortalité au Canada**

Le graphique ci-inclus donne un aperçu global des principales causes de décès\* pour chaque tranche d'âge et de sexe au Canada (1971). Ainsi sont mises en évidence, du moins jusque vers 50-60 ans, certaines causes fortement liées au style de vie, telles les accidents de véhicule à moteur, la cirrhose du foie ou les maladies coronariennes. On y voit aussi les différences majeures entre hommes et femmes, tant dans la nature que dans le nombre des décès.

Seules ont été retenues les causes responsables d'au moins 5%\*\* des décès à l'intérieur de chaque tranche d'âge et de sexe. Une cause peut donc n'être importante que relativement à un groupe d'âge et de sexe, telle la leucémie chez les jeunes enfants. Les 13 premières rubriques de décès indiquées sur le graphique représentent les deux tiers de la mortalité après l'âge de cinq ans.

### **ERREURS D'INTERPRÉTATION À ÉVITER**

Comme indiqué dans la note 2 sur le graphique, les superficies des cercles sont proportionnelles aux nombres absolus de décès et la simple comparaison de deux cercles ne permet donc pas d'évaluer directement si le *taux de mortalité* d'un groupe est plus important que celui d'un autre. Le taux de mortalité, exprimé en "pour mille", pour chaque tranche d'âge et de sexe s'obtient en divisant le nombre de décès (d) par la population correspondante (p). Nous indiquons ci-dessous trois exemples d'erreurs d'interprétation auxquelles pourrait conduire la méconnaissance de ce fait:

\* Extrait de "La statistique de l'état-civil, 84-201, 1971" publié par Statistique Canada, et utilisant la Liste internationale intermédiaire "A" de 150 rubriques.

\*\* Ce critère de 5% a été choisi arbitrairement afin de se restreindre à un petit nombre de causes de décès. On notera qu'une partie des causes retenues sont identiques à celles de la classification utilisée (accidents de véhicule à moteur: AE 138, cancer du sein: A 54...) alors que d'autres sont des groupements effectués pour correspondre à une entité plus globale (autres accidents: AE 139-146, maladies respiratoires: A 89-96, cancer gastro-intestinal: A 46-49, et cancer de l'utérus et de l'ovaire: A 55, 56, 58D).

a) Le nombre de décès chez les hommes de 30 à 34 ans (1,090) est inférieur à celui de la tranche d'âge précédente 25-29 (1,176) bien que le taux de mortalité chez les hommes de 30 à 34 ans ( $\frac{1,090}{660,9} = 1.65$  pour mille) soit supérieur à celui de la tranche d'âge précédente soit 25-29 ( $\frac{1,176}{800,7} = 1.47$  pour mille).

b) De même, si les décès des femmes de plus de 80 ans sont plus nombreux que ceux des hommes de la même catégorie d'âge (23,285 et 21,016) le taux de mortalité des femmes est néanmoins plus faible que celui des hommes de cette tranche d'âge ( $\frac{23,285}{201,3} = 116$  pour mille,  $\frac{21,016}{140,3} = 150$  pour mille).

c) Le fait que le suicide disparaisse de nos graphiques, après 45 ans chez les femmes et 50 ans chez les hommes, n'est pas dû à une baisse de l'incidence de cette cause, mais seulement à une diminution de son importance relativement aux autres raisons pour des âges plus avancés.

# CANADA 1971

## Causes principales de décès pour chaque tranche d'âge et de sexe

## Major causes of death for each sex and age group

