VOLUME 1

COMMISSION ROYALE D'ENQUÊTE SUR LES SERVICES DE SANTÉ

RC449
.R114

v. v.1
c. 1
pco pco

CANADA

COMMISSION ROYALE D'ENQUÊTE SUR LES SERVICES DE SANTÉ

1964—VOLUME 1

1

COMMISSION ROYALE D'ENQUÊTE SUR LES SERVICES DE SANTÉ

74564—1½

ACCESS CODE / CODE D'ACCÈS ADGF
COPY / ISSUE / EXEMPLAIRE / NUMÉRO V.1 C.1

CANADA

RC449/.R114

Commission Royale d'enquête sur les services de santé. adgf

v. v.1 c. 1 pco pco

COMMISSION ROYALE D'ENQUÊTE SUR LES SERVICES DE SANTÉ

Privy Council Office
Library Information Centre
Ottawa, Canada K1A 0A3
Bureau du Conseil privé
Centre d'information de la bibliothèque

1964 -- VOLUME 1

© Droits de la Couronne réservés

En vente chez l'Imprimeur de la Reine, à Ottawa,
et dans les librairies du Gouvernement fédéral
dont voici les adresses:

OTTAWA
Édifice Daly, angle Mackenzie et Rideau

TORONTO
Édifice Mackenzie, 36 est, rue Adelaide

MONTRÉAL
Édifice Æterna-Vie, 1182 ouest, rue Ste-Catherine

ou chez votre libraire.

Des exemplaires sont à la disposition des intéressés
dans toutes les bibliothèques publiques du Canada.

Prix $10 N° de catalogue Z1-1961/3-1F-

Prix sujet à changement sans avis préalable

ROGER DUHAMEL, M.S.R.C.
Imprimeur de la Reine et Contrôleur de la Papeterie
Ottawa, Canada
1964

A SON EXCELLENCE

LE GOUVERNEUR GÉNÉRAL EN CONSEIL,

PLAISE À VOTRE EXCELLENCE,

Nous, les Commissaires chargés par un décret du Conseil du 20 juin 1961 de faire enquête et rapport sur les moyens actuels et les besoins futurs, en ce qui concerne les services de santé de la population du Canada, ainsi que sur les ressources destinées à assurer ces services, et chargés aussi de recommander les mesures qui, compatibles avec la répartition constitutionnelle des pouvoirs législatifs au Canada, assureront, à notre avis, les meilleurs soins de santé possible à tous les Canadiens:

AVONS L'HONNEUR DE PRÉSENTER À VOTRE EXCELLENCE

LE PREMIER VOLUME DE NOTRE RAPPORT

CANADA

Elisabeth Deux

PAR LA GRÂCE DE DIEU

Reine

DU ROYAUME-UNI, DU
CANADA ET DE SES AUTRES
ROYAUMES ET TERRITOIRES,
CHEF DU COMMONWEALTH,
DÉFENSEUR DE LA FOI

SOUS-PROCUREUR GÉNÉRAL SUPPLÉANT

ADMINISTRATEUR SUPPLÉANT

74564—2

A TOUS CEUX À QUI LES PRÉSENTES PARVIENDRONT OU QU'ICELLES POURRONT DE QUELQUE MANIÈRE CONCERNER,

Salut

VU les dispositions de la première Partie de la Loi sur les enquêtes, au chapitre 154 des Statuts revisés du Canada, 1952, en vertu desquelles Son Excellence le Gouverneur en conseil, par le décret C.P. 1961-883 du vingtième jour de juin de l'an de grâce mil neuf cent soixante et un, dont copie est ici jointe, a autorisé la nomination de nos Commissaires, y et ci-après désignés, pour qu'ils fassent enquête et rapport sur les moyens actuels et les besoins futurs en ce qui concerne les services de santé pour la population du Canada, ainsi que sur les ressources destinées à assurer ces services, et pour recommander les mesures, compatibles avec la répartition constitutionnelle des pouvoirs législatifs au Canada, qui, de l'avis des Commissaires, assureront que les meilleurs soins possible de santé seront à la disposition de tous les Canadiens, et, en particulier et sans restreindre la généralité de ce qui précède, pour faire enquête et rapport sur les questions suivantes:

a) Les installations et moyens actuels pour fournir des services de santé aux particuliers, y compris la prévention, le diagnostic, les traitements et la réadaptation;

b) Les moyens d'améliorer les services actuels de santé;

c) La corrélation de tout programme nouveau ou amélioré avec les services actuels en vue d'assurer des services améliorés de santé;

d) Les besoins actuels et futurs de personnel nécessaire aux services de santé;

e) Les moyens de recruter un personnel approprié possédant la meilleure formation et la plus haute compétence possibles pour de tels services;

f) Les installations ou moyens matériels actuels et les exigences futures pour assurer des services de santé convenables;

g) Le coût estimatif des services de santé actuellement rendus aux Canadiens, avec le coût projeté de tous changements pouvant être recommandés pour l'essor des programmes actuels ou pour tout nouveau programme proposé;

h) Le mode de financement des services assurant les soins de santé actuellement offerts par les patrons, les syndicats ouvriers, les associations professionnelles, les compagnies d'assurance ou de toute autre façon;

i) Le mode de financement de tout programme nouveau ou plus vaste pouvant être recommandé;

j) Le rapport existant entre les recherches médicales et les programmes actuels et tous ceux qui pourraient être recommandés en ce qui concerne les soins de santé, ainsi que les moyens d'encourager à un haut degré le progrès scientifique dans le domaine de la médecine au Canada;

k) La possibilité et l'opportunité d'instituer des priorités dans l'établissement des services assurant les soins de santé; et

l) Toutes autres questions que les Commissaires estiment appropriées pour l'amélioraton des services de santé en faveur de tous les Canadiens,

et a conféré à Nosdits Commissaires certains droits, pouvoirs et privilèges, comme on pourra mieux en juger en se reportant audit décret.

SACHEZ DONC MAINTENANT que, de et par l'avis de Notre Conseil privé pour le Canada, Nous nommons, constituons et désignons par Notre présente proclamation, le juge en chef Emmett M. Hall, de la ville de Regina, en la province de la Saskatchewan, M^lle^ Alice Girard, i. l., de Montréal, en la province de Québec, le D^r^ David M. Baltzan, de la ville de Saskatoon, en la province de la Saskatchewan, le professeur O. J. Firestone, de la ville d'Ottawa, en la province d'Ontario, M. Wallace McCutcheon, de la ville de Toronto, en la province d'Ontario, le D^r^ C. L. Strachan, de la ville de London, en la province d'Ontario, et le D^r^ Arthur F. Van Wart, de la ville de Fredericton, en la province du Nouveau-Brunswick, pour agir à titre de Commissaires dans la poursuite de ladite enquête.

Il appartiendra auxdits Emmett M. Hall, Alice Girard, David M. Baltzan, O. J. Firestone, M. Wallace McCutcheon, C. L. Strachan, Arthur F. Van Wart, de détenir et d'exercer les dites fonctions et d'en jouir, durant Notre bon plaisir, avec les droits, pouvoirs, privilèges et émoluments attachés, de droit et en vertu de la loi, auxdites fonctions.

ET NOUS autorisons, par les présentes, Nosdits Commissaires à exercer tous les pouvoirs que leur confère l'article 11 de la Loi sur les enquêtes et à recevoir, dans toute la mesure possible, l'aide des ministères et organismes du gouvernement.

ET NOUS autorisons, par les présentes, Nosdits Commissaires à adopter les moyens et méthodes qu'ils jugeront au besoin utiles pour la poursuite régulière de l'enquête et à siéger aux dates et aux endroits, au Canada, qu'ils pourront décider à l'occasion.

ET NOUS autorisons, par les présentes, Nosdits Commissaires à retenir au besoin les services des avocats, du personnel et des conseillers techniques à des taux de rémunération et de remboursement sujets à l'approbation du Trésor.

ET NOUS demandons et ordonnons, par les présentes, à Nosdits Commissaires de faire rapport au Gouverneur en conseil et de déposer au bureau

de l'Archiviste fédéral les documents et registres de la Commission, aussitôt qu'il sera raisonnablement possible de le faire après la conclusion de l'enquête.

ET DE PLUS NOUS nommons ledit juge en chef Emmett M. Hall président de ladite Commission.

EN FOI DE QUOI, Nous avons fait émettre Nos présentes Lettres Patentes et à icelles fait apposer le Grand Sceau du Canada.

TÉMOIN: L'honorable Charles Holland Locke, juge puîné de la Cour suprême du Canada et suppléant de l'honorable Patrick Kerwin, juge en chef du Canada et administrateur de Notre Gouvernement du Canada.

A OTTAWA, ce vingt-quatrième jour de juillet en l'an de grâce mil neuf cent soixante et un, le dixième de Notre Règne.

Par ordre,

LE SOUS-SECRÉTAIRE D'ÉTAT SUPPLÉANT,

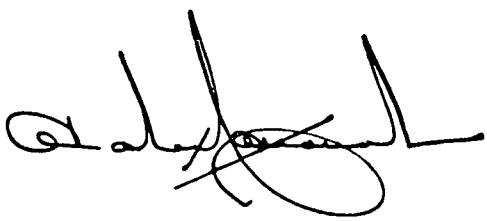

TABLE DES MATIÈRES

PAGE

Avant-propos xix

PARTIE I—PRINCIPES ET RECOMMANDATIONS

Chapitre 1. Concepts de base 3
Responsabilité de chacun pour la santé 4
L'intérêt du public pour la santé de chacun 5
Responsabilité publique et collective 7
Objectif 11
Charte de santé des Canadiens 12
Ligne de conduite 14

Chapitre 2. Recommandations 17

I. Services de santé 18
1. Régime de services de santé: principes et règles de conduite 18
2. Hygiène mentale, alcoolisme et narcomanie 21
3. Services médicaux 28
4. Services dentaires 35
5. Services d'ordonnances 40
6. Services d'optique 45
7. Services hospitaliers (La Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services de diagnostic) 51
8. Services et appareils de prothèse 59
9. Services de soins à domicile 61

II. Personnel, installations et recherches de santé 63
10. Formation et recrutement des infirmières 63
11. Formation et recrutement des médecins 69
12. Formation et recrutement des dentistes 73
13. Aide fédérale aux universités pour les professions de la santé 78
14. Fonds d'expansion des installations de la santé 79
15. Conseil de recherches en sciences de la santé 80
16. Statistiques de la santé 83

III. Financement et rang de priorité 85
17. Financement d'ensemble 85
18. Subventions nationales à la santé 90
19. Rangs de priorité 92
Implications des recommandations 94
Conclusion 97

Chapitre 3. Évolution des concepts de santé et de soins de santé 99

PAGE

PARTIE II—LA POPULATION ET SON ÉTAT DE SANTÉ

Chapitre 4. Évolution de la structure de la population et du revenu 109
Accroissement de la population 109
Composition de la population selon l'âge et le sexe 117
Répercussions sur les besoins en matière de santé 117
Répercussions sur les projections de la population active 118
Population urbaine et population rurale 123
Évolution du revenu des Canadiens 125

Chapitre 5. L'état de santé de la population canadienne 141
Introduction 141
Mortalité et durée de la vie 144
Principaux problèmes de santé 157
Ampleur relative des problèmes 215
Incidence de la maladie à différents âges 220
Problèmes de santé des régions septentrionales 223
Résumé et conclusion 228

PARTIE III—LES SERVICES DE SANTÉ ACTUELS

Chapitre 6. Le développement des services de santé 231

Chapitre 7. Effectifs de la santé 239
La profession médicale 239
La profession de dentiste 257
La profession d'infirmière 264
Le personnel paramédical 282
Personnel paradentaire 285
La profession de pharmacien 290
L'optométriste 292
L'effectif actuel du personnel de la santé 294

Chapitre 8. Installations et services de santé 297
Hôpitaux 298
Installations d'hygiène mentale 309
Installations pour tuberculeux 319
Comparaison internationale des installations hospitalières 323
Services de santé 324
Résumé de la situation 339

Chapitre 9. Les médicaments en tant que service de santé 341
Définition des médicaments 345
Rôle des médicaments dans un service moderne de santé 346
Intérêt public 352
Dépenses de consommation en médicaments prescrits 354
Financement des dépenses pharmaceutiques 357
Qualité des médicaments 367
Comité consultatif des drogues 372
Pharmacopée et formulaire pharmaceutique national 374
Service de renseignements sur les médicaments 378

PAGE

Chapitre 10. Évolution de l'assurance-maladie au Canada ... 383
Les débuts ... 383
L'assurance-maladie privée au Canada ... 388
Assurance-maladie publique au Canada ... 394
Programme des subventions nationales à la santé, 1948 ... 405
Assurance-hospitalisation ... 406
Résumé et conclusion ... 421

Chapitre 11. Coût des services de santé ... 425
Dossier des dépenses de santé ... 425
Demande de services de santé ... 439
Autres causes déterminantes de la dépense en services de santé ... 448
Dépenses affectées aux divers services de santé personnels ... 459
Sources des fonds affectés aux dépenses de santé ... 475
Dépenses publiques en services de santé au niveau du gouvernement ... 481
Comparaison internationale ... 483
Tendances en vue dans les dépenses de santé ... 494

Chapitre 12. Avantages économiques des services de santé ... 495
Les services de santé et la croissance économique ... 495
Répercussions des services de santé sur l'emploi ... 496
Dépenses de santé—Consommation ou investissement ... 499
Avantages économiques des soins de santé ... 502
Avantages indirects des services de santé ... 508
Valeur des services de santé ... 509
Coût estimatif de la maladie ... 510
Coûts et avantages ... 517

PARTIE IV—PROBLÈMES ACTUELS ET BESOINS FUTURS

Chapitre 13. Le personnel ... 521
Introduction ... 521
L'effectif futur de médecins ... 523
L'effectif futur de dentistes ... 552
L'effectif futur d'infirmières ... 576
Conclusion ... 592

Chapitre 14. Les hôpitaux ... 595
Soins hospitaliers ... 595
Taux d'utilisation futurs ... 596
Besoins de lits ... 614
Conclusion ... 620

Chapitre 15. Soins à domicile et réadaptation ... 623
Soins à domicile organisés ... 624
Réadaptation ... 634
Conclusion ... 640

PAGE

Chapitre 16. Industrie des produits pharmaceutiques 643
Régime actuel de la fabrication et de la distribution 645
Production canadienne et importations 659
Publicité et stimulation 661
Recherche et application 669
Le médecin et les ordonnances 674

Chapitre 17. Coût et prix des médicaments 679
Éléments du prix et du coût 679
Médicaments importés et fabriqués au Canada 694
Tendances des prix 696
Comparaisons internationales des prix des médicaments 700
La Loi sur les brevets 704
Loi sur les marques de commerce 713
Droits de douane 716
Autres mesures législatives 721
Modération spontanée des prix 723

Chapitre 18. Assurance-maladie et action publique 727
Objectifs et méthode de l'assurance-maladie 727
Aptitude de l'assurance privée à réaliser une couverture universelle et complète 731
Problèmes inhérents aux subventions 736
La question de la participation obligatoire 743
Résumé et conclusion 744

PARTIE V—LES DÉPENSES DE SANTÉ FUTURES ET L'ÉCONOMIE CANADIENNE

Chapitre 19. Projection de la production et de la dépense publique au Canada, 1961-1991 753
Signification des projections économiques 753
Établissement de projections économiques 755
La population active 756
De la population active à l'intrant de travail dans la production 762
Croissance projetée de la production réelle totale 766
Projections du Produit national brut en dollars courants 769
Affectation de la production 770
Autres projections de la production 773
Le secteur public et l'économie canadienne 774
Projection de la dépense publique 781
Dépense publique en paiements de transfert et en subventions 786
Projection de la dépense publique totale 789
Conclusion 790

Chapitre 20. Projection des dépenses de santé, 1961-1991 793
Projection: Production de services et de capital de santé, 1961-1991 794
Projections en dollars courants des dépenses en services et capital de santé, 1966 et 1971 804
Projection du coût des divers services et autres éléments de santé en dollars courants, 1966 et 1971 812
Résumé de la projection des dépenses totales dans le domaine de la santé 857

PAGE

Chapitre 21. Le financement des services de santé 863
Équilibre entre dépenses publiques et dépenses privées 864
Financement des dépenses projetées dans le domaine de la santé 868
Répartition des dépenses publiques dans le domaine de la santé par échelon de gouvernement 875
Subventions 877
Besoins fiscaux 878
Projection des dépenses fédérales et provinciales en services de santé et autres éléments du domaine de la santé 879
Acceptation de financer les régimes publics 882
L'avenir 883

Appendices.

Appendice A—Remerciements 885
Appendice B—Études réalisées pour la Commission 890
Appendice C—Personnel de la Commission 892
Appendice D—Audiences 893
Appendice E—Mémoires présentés aux audiences publiques 894
Appendice F—Liste des tableaux 907

AVANT-PROPOS

L'arrêté ministériel du Conseil Privé (C.P. 1961-883) qui a créé cette Commission nous a chargés de mener une enquête et de faire rapport sur l'état présent des services de santé et sur les besoins futurs de la population canadienne en ce domaine, puis sur les ressources nécessaires pour dispenser ces services; il nous a chargés aussi de recommander les mesures qui, en conformité avec le partage constitutionnel des pouvoirs législatifs au Canada, permettraient, de l'avis des membres de la Commission, d'assurer *à tous les Canadiens les meilleurs soins de santé possible.*

La Commission a tenu des audiences publiques dans toutes les provinces et au Yukon[1]. Les membres de la Commission ont étudié sur place, séparément ou en groupes, les régimes et les pratiques d'autres pays, soit le Royaume-Uni, la France, les Pays-Bas, la Suède, la Suisse, l'Autriche, l'Italie, les États-Unis, l'U.R.S.S., l'Australie et la Nouvelle-Zélande. Au cours des audiences tenues au Canada, nous avons reçu des mémoires et entendu les représentants de 406 organismes ou particuliers. Tous les groupements importants intéressés à la santé au Canada y ont participé. Nous avons fait préparer 26 travaux de recherche[2] par d'éminents érudits du Canada qui ont œuvré isolément ou en équipes. On est en train de préparer pour la publication celles de ces études dont les renseignements sont considérés d'utilité générale et indispensables pour fournir une perspective complète d'un grand nombre de questions traitées dans le rapport.

Nous avons été frappés au cours de notre enquête de ce que tous ceux qui se sont présentés devant nous se sont montrés profondément convaincus et conscients de la nécessité pressante de pratiquer une soigneuse planification et d'adopter des mesures rapides et judicieuses afin d'assurer le progrès continu et l'amélioration constante des services de santé au Canada. Nul n'a contesté l'opinion qu'une certaine forme d'intervention gouvernementale s'imposait pour assurer à tous les Canadiens les meilleurs soins de santé possible. Les avis ont été partagés quant à la façon dont cet objectif pouvait ou devait être atteint et sur le degré d'intervention des pouvoirs publics.

Nous avons aussi été impressionnés par les opinions unanimement exprimées que les Canadiens ont jusqu'ici bénéficié d'un niveau de services

---

[1] Voir appendice D.
[2] Voir appendice B.

de santé relativement élevé. Nous avons souvent entendu parler de graves carences ou insuffisances par la plupart de ceux qui ont témoigné, y compris les porte-parole de l'Association médicale canadienne et de ses dix sections provinciales, de l'Association des médecins de langue française du Canada et de ses filiales du Québec, de l'Association des médecins-chirurgiens en pratique générale du district médical de Montréal, des dix Collèges ou Conseils provinciaux de médecins et chirurgiens, y compris le Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec, de l'Association médicale de la province de Québec, de l'Association dentaire canadienne et de ses corps constitués, et de quelques autres associations dentaires, dont la Société dentaire de Montréal. Tous ces organismes ont reconnu franchement la nécessité d'exercer une action correctrice en beaucoup de domaines.

Il est devenu évident à mesure que nous tenions nos audiences que deux facteurs particuliers allaient présenter des difficultés spéciales. L'un était la méthode d'approche inordonnée avec laquelle organismes et gouvernements cherchaient des solutions au problème qu'est la dispensation d'une certaine quantité de soins de santé aux Canadiens. Le second était l'accent trop marqué mis sur l'assurance-maladie. Ce dernier facteur menaçait de dépasser en importance le but général de l'enquête. Personne n'aurait idée que le paiement des frais médicaux n'est pas un article important, mais les soins médicaux ne sont qu'une partie des multiples services de santé; dans toute approche objective, on ne pourrait laisser cet article l'emporter sur l'ensemble.

Il existe de nombreux autres secteurs du domaine des services de santé qui demandent impérieusement des améliorations: les maladies mentales, l'arriération mentale chez les enfants, les infirmités de l'enfance, les maladies qui rendent impotent, la paraplégie, la vieillesse, les infirmités, les services dentaires et les frais des médicaments. Tous ces éléments et d'autres doivent occuper la place qui leur revient dans les plans d'avenir si doivent se réaliser les objectifs énoncés dans l'arrêté ministériel du Conseil privé. Il faut développer les mesures préventives de façon positive, et il faut en outre établir sans délai des établissements d'instruction et de formation pour les futurs médecins, dentistes, infirmières et autres spécialistes de la santé afin de répondre aux besoins d'une population qui s'accroît rapidement.

Durant nos audiences, et pendant que se poursuivaient nos travaux de recherches et que nous délibérions sur le présent rapport, trois gouvernements provinciaux ont présenté des lois concernant le paiement des services médicaux. La Saskatchewan a établi un régime complet et obligatoire qui s'est accompagné de beaucoup d'inutiles frictions avec la profession médicale de cette province. Deux provinces, l'Alberta et l'Ontario, ont présenté des lois dont la forme diffère, mais qui fondamentalement prévoient la couverture libre de certains services médicaux et des subventions pour certaines catégories définies de citoyens afin d'aider au paiement des primes; ces régimes sont administrés à la fois par des sociétés privées d'assurance, avec et sans profits. L'initiative dont ont fait preuve les trois provinces se fonde, croyons-nous, sur la reconnaissance du fait que les Canadiens dési-

rent très fortement l'intervention du gouvernement dans le domaine des soins personnels de santé. Cependant, la portée différente des régimes dont ces trois gouvernements ont annoncé la création, tout particulièrement les limitations des régimes albertain et ontarien, ainsi que le manque d'harmonie à cet égard en Saskatchewan, font voir le danger auquel le Canada doit faire face s'il laisse la planification des services de santé et la couverture des soins de santé uniquement à l'initiative et aux ressources financières des diverses provinces sans assurer des normes suffisantes de services de santé aux Canadiens d'un bout à l'autre du pays, sans veiller suffisamment à fournir le nombre requis de médecins, de dentistes, d'infirmières et d'autres spécialistes de la santé nécessaires à l'établissement d'un tel régime, et sans faire le meilleur usage des ressources présentes des services de santé au Canada et de celles qui proviendront d'une planification intégrée et coopérative sur une base nationale et non-politique.

Il s'ensuit qu'en préparant ce rapport nous avons sans cesse été conscients du mandat qui nous avait été donné de faire enquête sur tous les domaines de la santé, et nous avons tout fait en notre pouvoir pour veiller à ce que le rapport ne donne pas la primauté à un secteur particulier tout en reconnaissant que les services de santé se composent de nombreux éléments connexes dont le médecin est l'âme dirigeante. La coopération de tous les éléments doit constituer l'essence même de tout service de santé bien conçu. Le régime que nous envisageons est centré sur ce concept d'une collaboration étroite de tout le personnel des services de santé avec le médecin et avec l'autorité administrative. C'est une approche multiphase des services de santé et de la bonne santé qui comprend les points suivants: 1. l'enseignement et la formation d'un personnel suffisant; 2. les mesures préventives; 3. les mesures de diagnostic et de traitement et 4. les installations de réadaptation, tous ces éléments étant intégrés pour dispenser les meilleurs soins de santé possible à *tous* les Canadiens, tout en encourageant en même temps des recherches sur tous les facteurs de maladie et de bonne santé.

Comment peut-on le mieux atteindre cet objectif? En procédant au petit bonheur et à coups d'expédients, ou bien au moyen d'un régime bien conçu et fondé sur des principes qui, tout en permettant souplesse et évolution, tiendraient sans cesse les Canadiens en éveil pour atteindre leur objectif: assurer à tous les meilleurs soins de santé possibles. Pour nous, la réponse est claire: il nous faut un ensemble de principes et nous devons les appliquer sans hésitation avec vigueur et ingéniosité.

Le chapitre 1 traite des concepts fondamentaux et de l'esprit général qui doivent être compris dans une *Charte de santé des Canadiens*. Dans le chapitre 2, nous formulons des recommandations pour un régime complet de soins de santé, lequel, s'il est mis sur pied, contribuera grandement à améliorer la santé des Canadiens de la présente génération et des générations suivantes. Les principes et nos recommandations reposent sur une analyse complète (chapitres 3 à 12) de la santé de la population canadienne, et des services de santé qui leur sont accessibles, puis sur un examen poussé

(chapitres 13 à 21) des besoins et des problèmes présents de santé et sur une estimation des dépenses qu'occasionnera un régime de soins de santé au cours des 30 prochaines années, d'après les tendances actuelles et compte tenu des modifications que nous proposons.

Nous avons omis, parce que hors de notre mandat, ce qu'on considère comme des secteurs «marginaux» de la santé[1], tels que les aspects sociaux de la santé[2], les problèmes du vieillissement, les médicaments non prescrits, les aspects de la santé relatifs au milieu ambiant[3], et le maintien du revenu durant les périodes de mauvaise santé.

C'est le volume I de notre rapport[4] que nous présentons ici. Il renferme nos principales études et recommandations[5]. Il sera suivi du volume II qui porte sur d'autres questions connexes à notre mandat: les pharmaciens, le personnel paramédical, les autres effectifs tels que les chiropraticiens, les ostéopathes et les naturopathes, le rôle des organismes privés dans la prestation de services de santé, l'organisation de la recherche, le rôle de la planification en matière de santé, l'évaluation des régimes actuels dans le complexe des services de santé, et les problèmes présents et futurs dans l'organisation des services et des installations communautaires de santé.

La Commission se composait primitivement de sept membres qui avaient été nommés. L'un d'eux, cependant, l'honorable M. Wallace McCutcheon, C.R., a démissionné le 8 août 1962 quand il a été nommé sénateur et membre du gouvernement. Le sénateur McCutcheon a participé à toutes les audiences publiques et à celles de nos délibérations qui ont précédé sa démission. Son analyse pénétrante des problèmes dont nous étions saisis et sa collaboration à la recherche de solutions nous ont été fort précieuses.

Nous avons bénéficié, durant la préparation de ce rapport, du concours d'un personnel de recherche et d'administration très compétent, et de l'aide inestimable d'un grand nombre de spécialistes des professions de la santé, qui étaient à l'emploi de gouvernements, d'universités et d'autres institutions. Nous reconnaissons cette aide avec gratitude; on en trouvera les détails à l'appendice A.

---

[1] Organisation mondiale de la santé, *The Cost and Means of Financing Medical Care Services*, Genève, l'Organisation, 1962, pp. 24 à 29.

[2] Par exemple la formation et l'emploi des personnes handicapées.

[3] Par exemple la pollution de l'air et des eaux.

[4] Les textes cités dans le présent volume sont empruntés à la première rédaction des études énumérées à l'appendice B. Aussi peuvent-ils différer par la forme, mais non par le contenu, des textes correspondants qui apparaissent dans la version définitive de ces études.

[5] Nous avons tenu compte, dans nos projections des dépenses présentées dans le volume I, des dépenses relatives aux recommandations formulées dans le volume II. Les dépenses supplémentaires qui découleraient des recommandations exprimées dans le volume II seraient légères; aussi, à toutes fins pratiques, les approximations de dépenses figurant dans le présent volume peuvent-elles être tenues pour celles qu'entraînerait l'ensemble du programme.

PARTIE I

PRINCIPES ET RECOMMANDATIONS

1

Concepts de base

La réponse du public à notre enquête a fort impressionné la Commission au cours de nos audiences. Les intéressés ont soumis une variété étonnante de recommandations, de choses à faire ou à ne pas faire, ainsi que des suggestions concernant ceux qui devraient ou ne devraient pas les faire. A mesure que nous passions au tamis et analysions ces recommandations, nous avons été impressionnés par l'étendue des domaines où les Canadiens étaient d'accord quant à nos besoins les plus pressants en matière de santé, à l'état présent du développement de nos services de santé et à la nécessité d'étendre les avantages de l'assurance à tous les Canadiens. Nous avons été tout particulièrement impressionnés par l'œuvre constructive de nombreux organismes bénévoles, ainsi que par le nombre de personnes qui fournissent leurs services à ces organismes.

Certains ne s'entendaient pas sur le rôle respectif des particuliers, des associations privées, des entreprises commerciales et des gouvernements dans le domaine des services de santé. De telles divergences de vues n'ont rien d'étonnant en démocratie.

Bien informés de ces vues contradictoires et chargés par notre mandat de formuler des recommandations sur l'amélioration des services de santé au Canada, il nous a paru indispensable, étant donné nos fins, de concilier autant que possible les divers points de vue en répondant à cette question fondamentale: En quoi la santé de ses membres intéresse-t-elle la société? Si nous pouvons donner une réponse satisfaisante à cette question, nous pourrons être alors bien placés pour mieux préciser les lois et les programmes nécessaires pour permettre à la société de s'acquitter de ses obligations envers l'individu. Nous commençons par cette idée à laquelle nous tenons que l'intérêt général manifesté publiquement, de quelque étendue qu'il soit, encourage évidemment chaque particulier à s'intéresser à sa propre santé. Quelle est alors la responsabilité de chacun?

RESPONSABILITÉ DE CHACUN POUR LA SANTÉ

La Commission croit que chacun est responsable de sa santé personnelle et de celle des membres de sa famille; cette responsabilité est capitale dans la mesure des capacités de chacun. Les mémoires présentés par les représentants des professions de la santé et par d'autres spécialistes, de même que les études entreprises par notre personnel de recherche, mettent l'accent sur la grande latitude qu'a chacun de déterminer son état de santé et son bien-être. Depuis la disparition presque totale de la plupart des maladies contagieuses, cette étendue de détermination personnelle a augmenté. L'hygiène personnelle, la propreté du foyer, l'alimentation équilibrée, les précautions prises contre les accidents[1], le repos suffisant, l'exercice régulier, l'usage judicieux du temps pour les loisirs et les distractions, bref, une vie équilibrée, voilà autant d'éléments qui non seulement importent au plus haut point pour assurer le maintien de la santé, mais qui dépendent grandement de la volonté de chacun et, à notre avis, relèvent clairement de sa responsabilité.

Cependant, à notre époque où le savoir et la technique du médecin sont avancés, tout cela ne suffit pas. Chacun doit voir à utiliser avec sagesse et prudence les services de santé, à se présenter périodiquement chez le médecin et chez le dentiste, à assurer à la mère de famille des soins pré et post-nataux complets, à bien faire immuniser les enfants, et à consulter immédiatement le médecin ou le dentiste dès les premiers symptômes. On ne saurait trop insister sur l'emploi judicieux des services de santé disponibles; si cela se faisait, les gens s'éviteraient beaucoup d'affections graves et d'ennuis. Il va sans dire que, puisque toutes les ressources de santé sont maigres, il incombe à chacun, aussi bien qu'au praticien qui prescrit d'en user, de veiller à faire usage avec prudence et économie des services de santé.

Il existe d'autres obligations. Les services de santé coûtent de l'argent. Chacun doit donc aussi accepter de consacrer une partie raisonnable de son revenu, au moyen d'impôts, de primes ou des deux à la fois, à payer le coût des services de santé auquel chacun devra faire face durant sa vie.

En outre, à titre de membre d'une société organisée, chacun doit assumer sa juste part du coût des ressources de santé pour l'ensemble de la nation, y compris les ressources qui lui assurent la salubrité du milieu où il vit, les maisons d'enseignement qui forment notre personnel de travailleurs de la santé et les centres de recherche qui font progresser notre connaissance des processus biologiques et morbides et nos nouvelles méthodes de thérapie.

A notre avis, ces obligations et ces responsabilités cadrent parfaitement avec le concept démocratique de l'individualité de chacun dans une société libre et autonome.

---

[1] Les services de santé fournis aux accidentés ont coûté la somme approximative de 74 millions de dollars en 1961 (voir chapitre 5, tableau 5-18). La même année, plus de 11,000 personnes sont mortes au Canada des suites d'accidents, d'empoisonnements et de traumatismes.

L'INTÉRÊT DU PUBLIC POUR LA SANTÉ DE CHACUN

L'intérêt du public pour la santé s'est exprimé tout particulièrement par l'action communautaire en vue de traiter les problèmes de santé que le citoyen ne pouvait régler par lui-même. Dans le passé, cela signifiait des mesures communautaires pour prévenir et enrayer les maladies contagieuses. L'organisation des services de santé au Canada a commencé par les efforts de la communauté pour lutter contre les épidémies du siècle dernier.

Depuis quelques décennies, un certain nombre de facteurs ont agrandi le champ de l'intérêt public et lui ont imparti une force nouvelle.

Le premier est un approfondissement de notre intérêt humanitaire pour nos semblables. Nous reconnaissons que le bien-être et le bonheur de la société sont seulement la somme totale du bien-être et du bonheur de chacun de ses membres. Il est manifeste que le bien-être d'une partie de la population est toujours gravement réduit par suite d'une affection mentale ou physique, ou encore d'une infirmité qui, par les lois du hasard, pourrait frapper n'importe qui d'entre nous.

Nous sommes devenus, en un sens, convaincus du concept d'assurance, c'est-à-dire que nous croyons que la famille ne doit pas supporter seule tout le prix des risques auxquels nous sommes tous exposés. Aussi, si les ressources de toute la société peuvent être utilisées pour aider les familles et les individus à se tirer d'affaire et à faire des plans d'avenir, alors ces ressources doivent être ainsi employées.

La grande crise économique avec son chômage massif, qui a obligé le fédéral, les provinces et les municipalités à dépenser des sommes considérables pour aider les individus à retrouver leur indépendance et leur autonomie, a probablement fait plus qu'aucun autre événement de notre ère pour traduire par des actes une idée philosophique essentiellement judéo-chrétienne. De même que nous avons accepté que le coût des accidents du travail devait être imputé à l'ensemble de l'économie productive, au lieu d'être à la charge de l'accidenté et de sa famille, de même nous admettons aujourd'hui que l'ensemble de la société doit aider à défrayer le coût des accidents et des maladies qui, nous le savons, frapperont un nombre prévisible de gens, bien que nous ne puissions prédire exactement lequel de ses membres sera atteint. La réaction presque instantanée des gouvernements devant la tragédie de la thalidomide est le plus récent exemple dramatique, mais, partout dans le pays—comme en témoignent les innombrables mémoires présentés à la Commission—on est de plus en plus conscient et soucieux de la nécessité d'assurer encore plus une aide organisée à ces familles qui sont grevées de l'imprévisible fardeau d'une sérieuse déficience mentale chez les enfants, d'enfants malconformés ou marqués par une lésion obstétricale, ou encore mutilés en bas âge, de membres qui sont des malades mentaux, que des accidents ont rendus infirmes, ou qui sont âgés et invalides. On convient de plus en plus que, puisque nous ne savons pas lesquels d'entre nous peuvent être frappés, tous devraient contribuer à une caisse commune destinée à aider ceux qui le sont.

Il existe encore une autre importante raison qui explique l'augmentation de l'intérêt du public pour la santé. C'est qu'on se rend compte de plus en plus de ce qu'il en coûte à l'ensemble de la société si elle néglige de se soucier de ses membres et d'agir en leur nom. La preuve la plus impressionnante, on la trouve dans le taux des réformés lors de la seconde guerre mondiale. Au moment où la nation était en péril, comptant pour sa survivance sur ses hommes et ses femmes en bon état de santé, le prix que nous payions notre carence antérieure de ressources et de services de santé suffisants fut d'une évidence aveuglante. La seconde preuve la plus révélatrice nous a été donnée par l'Enquête sur la maladie en 1951. Elle a révélé le prix effroyable, tant au point de vue social qu'économique, de la mauvaise santé, prouvant la somme énorme qu'il en coûte à la famille et au pays en fait de production perdue quand on néglige de rendre accessible à tous les Canadiens la norme de services de santé que nous savons pourtant comment fournir. Le prix n'en est pas seulement une perte de production[1]. Une bonne partie de nos dépenses soi-disant de «bien-être social» sont l'aboutissement de la maladie, de l'invalidité et de la mort prématurée. Ces dépenses ne peuvent être entièrement évitées, il va de soi, mais une bonne tranche peut l'être évidemment.

Les dépenses en matière de santé sont des placements dans nos ressources humaines, placements prometteurs de grands bénéfices, dans la mesure, donc, où elles empêchent ou écourtent les périodes de maladie, réduisent le degré d'invalidité, retardent la mort, et contribuent à la productivité des citoyens.

Il existe aussi sans doute des forces extérieures qui nous font aviser à de nouveaux moyens pour permettre à une société démocratique d'aider ses membres et ceux d'autres régimes politiques à vivre pleinement leur vie. L'une de ces forces est la menace des régimes totalitaires qui professent de se préoccuper davantage des gens. Si une démocratie ne réussit pas à répondre aux légitimes aspirations des citoyens, peu de gens douteront que des doctrines étrangères n'obtiennent un jour le droit d'essayer. Une autre force est l'appartenance du Canada à des institutions spécialisées des Nations Unies telles que l'Organisation mondiale de la santé, le Fonds international de l'enfance, l'Organisation de l'alimentation et de l'agriculture, le Bureau international du travail, institutions qui toutes se rattachent de quelque façon au domaine de la santé. Il faut se rappeler que le Canada est non seulement lié par les divers accords internationaux qu'il a ratifiés, mais a aussi souscrit, en signant la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé, aux principes suivants énoncés dans le préambule de la Charte:

> Jouir du meilleur état de santé possible est l'un des droits fondamentaux de tout être humain sans distinction de race, de religion, de croyance politique, de situation économique ou sociale.
> La santé de tous les peuples est essentielle à la réalisation de la paix et à la sécurité et dépend de la collaboration la plus entière des individus et des États[2].

[1] En 1961, le monde du travail a perdu par la maladie un ensemble de 52,700,000 jours de travail.

[2] Organisation mondiale de la santé, *Constitution*, Genève, l'Organisation, 1960, p. 1.

Ainsi, des considérations humanitaires sont à la source du souci que le Canada manifeste à cet égard, tout autant que son propre intérêt et ses obligations internationales explicites.

La Commission est convaincue que, indépendamment des considérations humanitaires, la santé des Canadiens est une question qui nous intéresse tous *en tant que nation,* et qu'aucun gouvernement éclairé ne peut oublier que la capacité économique des citoyens dépend pour être productive de leur santé et de leur vigueur autant que de leur niveau d'instruction.

Nous souscrivons à la déclaration de Sir Arthur Newsholme:

> Les peuples civilisés sont arrivés à deux conclusions qu'ils ne peuvent éluder, même si leur pleine réalisation dans les faits n'est nulle part parfaitement atteinte.
> Tout d'abord, LA SANTÉ DE CHACUN EST UN SOUCI SOCIAL ET UNE RESPONSABILITÉ SOCIALE; et en second lieu, par voie de conséquence, LES SOINS MÉDICAUX POUR CHAQUE INDIVIDU (LE TERME ÉTANT PRIS DANS SON SENS LE PLUS LARGE) SONT UNE CONDITION ESSENTIELLE À L'EFFICACITÉ ET AU BONHEUR MAXIMUMS DANS UNE COLLECTIVITÉ CIVILISÉE[1].

Examinons maintenant les domaines qui, croyons-nous, s'inscrivent dans le champ de la responsabilité publique et collective.

RESPONSABILITÉ PUBLIQUE ET COLLECTIVE

Responsabilité des services de salubrité publique

Après presque un siècle de fructueuse application de mesure de santé publique, on admet d'emblée que la responsabilité de la salubrité du milieu appartient aux pouvoirs publics. Systèmes d'égouts, lutte contre les parasites, garantie de provisions d'eau pure, pasteurisation du lait, inspection de la viande et de la nourriture, inspection sanitaire des salles à manger publiques, transports publics, et autres œuvres semblables, tous ces facteurs ont contribué à réduire la morbidité et la mortalité.

Par suite du progrès des connaissances relatives aux mesures de santé qui peuvent se pratiquer sur une large échelle, la définition de la santé *publique* a nécessairement pris de l'extension. Elle cesse de comprendre uniquement les fonctions traditionnelles des départements de la santé publique—lutte contre les maladies contagieuses, inspection sanitaire,

---

[1] Sir Arthur Newsholme, *Medicine and the State,* Londres, G. Allen and Unwin, Ltd., Baltimore, Williams and Wilkins Co., 1932, p. 29.

hygiène maternelle et infantile, hôpitaux de maladies mentales, enseignement de l'hygiène et statistiques—et s'étend à tout problème de santé qui intéresse un nombre assez élevé de particuliers pour devenir un problème public dont la solution satisfaisante exige ou appelle des mesures publiques. Voilà pourquoi les services de santé au bénéfice des indigents, les centres de dépistage et de traitement du cancer, les centres d'hygiène mentale, les établissements d'enfants infirmes et d'enfants arriérés, les sanatoriums de tuberculeux, les centres de réadaptation et autres œuvres semblables, deviennent des activités reconnues parce qu'il est maintenant admis que le public a évidemment tout intérêt à s'en occuper. Dans notre société libre, où l'initiative spontanée est le ressort de presque tout le progrès, c'est un fait caractéristique que ce sont d'abord les organismes privés qui se sont penchés sur de nouveaux besoins, ont défini les problèmes, et ont trouvé ou organisé des solutions. Le volume des besoins ainsi constatés a souvent dépassé la capacité des ressources financières de l'initiative privée. C'est alors que la demande du public pour qu'on fasse quelque chose amène les pouvoirs publics à intervenir, puis les organismes privés font converger leur attention sur d'autres besoins insatisfaits que leur expérience leur a révélés. C'est ainsi que le progrès poursuit sa route vers un but toujours plus haut de normes plus élevées en réduisant les dangers universels pour l'humanité. Nous croyons que ce processus de l'action réciproque du secteur privé et du secteur public se continuera et que, partant, le progrès se poursuivra.

Formation du personnel

La création et le fonctionnement de maisons d'enseignement pour fournir à la société les travailleurs de la santé de plus en plus nombreux dont elle a besoin, puis les subventions nécessaires pour assurer un personnel suffisant de diplômés compétents, tout cela est manifestement une responsabilité publique.

Si l'on admet, comme nous le faisons, que les investissements dans la santé rapportent des dividendes en argent aussi bien que des dividendes en bien-être humain, il incombe alors aux pouvoirs publics de veiller à ce que le personnel des travailleurs de la santé s'accroisse à la mesure des besoins essentiels. Il faudra, dans certains secteurs, mettre en œuvre un programme d'urgence pour augmenter les installations aussi bien que pour recruter un personnel. L'art dentaire et les soins infirmiers sont des exemples notoires. En outre, le bien public n'exige pas seulement la préparation quantitative du personnel; il lui importe hautement aussi que la formation soit de qualité, car c'est sur la qualité de leur formation que repose en grande partie la qualité de leur action compétente. Nous avons beaucoup à dire sur ce point aussi bien que sur la nécessité d'une formation continue dans toutes les professions qui s'occupent de la santé.

Il est un autre aspect de la formation des professions de la santé qui demande un commentaire. Il s'agit de l'anomalie d'après laquelle la formation de nos travailleurs les plus indispensables—les médecins pra-

tiquant sur la première ligne de front—dépend de la présence dans notre société d'une classe indigente ou à faible revenu pour fournir aux médecins l'expérience clinique indispensable dans les «salles communes» et les services «externes». Nous n'avons pas encore aboli la pauvreté ou l'indigence, mais la formation des professions essentielles de la société ne peut plus reposer sur cette base limitée que sont les indigents. Cette formation est maintenant une responsabilité *publique* en ce sens que chaque membre de la communauté doit se sentir obligé, lorsqu'il est hospitalisé dans un hôpital d'enseignement, de servir au processus de l'enseignement.

Fourniture des facilités

Le montant de plus de 133 millions consacré par le gouvernement fédéral à la construction d'hôpitaux depuis 1948[1], et une somme plus grande encore affectée à la même fin par les provinces durant la même période, sans compter les millions de dollars fournis par les gouvernements municipaux et les circonscriptions d'imposition hospitalière, témoignent que la fourniture des facilités pour la santé est reconnue comme une activité d'intérêt public[2].

Mais c'est un intérêt qui a été reconnu de multiples façons et à des degrés divers.

Cependant, l'histoire de la fourniture des facilités hospitalières est longue et variée. La philanthropie privée et l'initiative religieuse (et, par exception, l'établissement d'installations militaires çà et là) ont été la cause de nos premières installations de soins organisés et elles continuent encore d'en établir. Cependant, dans les provinces de l'Ouest, où une société nouvelle avait les besoins mais non les ressources philanthropiques, il a fallu recourir à la taxation municipale pour compléter les efforts des groupes de pionniers religieux.

Depuis quelques années, trois facteurs semblent avoir modifié le dessin: ce sont le coût croissant de la construction des hôpitaux, les répercussions de l'impôt sur le revenu sur les ressources philanthropiques et le virement au secteur public du financement de l'administration des hôpitaux. Par suite du jeu de ces trois facteurs (et il en existe sans doute d'autres) le financement des hôpitaux est devenu de plus en plus une responsabilité des gouvernements, bien que la proportion des frais assumés par le gouvernement ait varié nettement d'une province à l'autre.

Les hôpitaux pour malades mentaux relèvent pour la plupart des autorités publiques provinciales, tandis que les hôpitaux des anciens combat-

---

[1] Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, *Subventions nationales à l'hygiène, 1948-1961*, Ottawa, Imprimeur de la Reine, janvier 1962, p. 39.

[2] Les conditions favorables à la fonction la plus vitale de toutes, celle du médecin et celle du dentiste, sont restées presque entièrement une responsabilité privée du praticien. «Se faire une clientèle» reste encore un autre obstacle économique au diplômé en médecine et au diplômé en art dentaire.

tants, des Indiens et des Esquimaux sont en grande partie du ressort de l'autorité fédérale.

Malgré l'importance continue des contributions privées, l'établissement des installations dont les Canadiens ont besoin deviendra manifestement une responsabilité avant tout d'ordre public. Nous croyons qu'il faudrait adopter des mesures pour rationaliser le système et faire la péréquation des contributions.

Répartition du personnel et des autres ressources

Bien que nous n'ayons jamais perdu de vue les dispositions constitutionnelles actuelles concernant la juridiction en matière de santé, nous ne pouvons cependant oublier l'inégale répartition des ressources, surtout en personnel, pour pourvoir à nos besoins de santé. En outre, comme nous l'avons dit, s'il fut jamais une époque où les Canadiens d'une partie du pays pouvaient oublier les normes inférieures de santé qui régnaient ailleurs au Canada, cette époque est aujourd'hui *bien révolue*. La santé des Canadiens, où qu'ils vivent, revêt évidemment un intérêt *national* primordial. Nous sommes un peuple mobile et la maladie ne connaît pas de limites provinciales ni d'autres différences.

Nous sommes convaincus que, si fort que nous préférions l'action privée à l'action publique, il n'est rien, sauf l'intervention et l'appui des pouvoirs publics à chacun des échelons du gouvernement, qui puisse corriger le déséquilibre.

Il faut donc considérer la répartition des ressources de la santé—le personnel et les installations—comme une préoccupation majeure de l'intérêt public. Nous présentons au chapitre 2 des recommandations particulières en vue d'assurer des normes nationales satisfaisantes.

Paiement anticipé des services de santé

La science et l'art des soins médicaux, au sens le plus large, ont réalisé des progrès énormes depuis le début du siècle. Cependant, de même que la science médicale, la compétence et les techniques ont fait des progrès, de même les coûts de leur application ont progressé. Sans le dispositif du paiement d'avance, seulement quelques personnes occupant le haut de l'échelle des revenus au Canada pourraient sortir d'une maladie ou d'un accident grave sans être criblées de dettes. Le principe de l'assurance-maladie est maintenant si bien connu et reçu qu'il ne vaut guère la peine de le répéter. A notre avis, «l'application des moyennes pour le soulagement de millions de gens», comme le disait un jour Winston Churchill, est absolument essentielle pour soulager tous les Canadiens, sauf un petit groupe de favorisés. Beaucoup de Canadiens se sont prévalus du rouage de l'assurance, surtout

ceux qui peuvent en payer les primes ou ceux qui exercent un emploi dont les conditions de travail comportent l'assurance ou le subventionnement de l'assurance. Cependant, si considérable soit-il, ce groupe ne l'est pas assez. L'intérêt national exige que le risque soit réparti sur toute la population productive afin de protéger tout le monde et non pas seulement ceux qui choisissent librement de s'assurer. Et l'assurance doit servir finalement à financer toute la gamme des services de santé, non pas seulement les services hospitaliers et médicaux. Il est manifestement de l'intérêt public aujourd'hui de voir à ce que tous les citoyens du Canada aient accès aux services de santé qui leur sont nécessaires. La nation doit beaucoup s'inquiéter de ce que moins de la moitié de sa population soit suffisamment protégée par l'assurance médicale, et elle doit se préoccuper encore davantage de ce qu'il n'existe aucun régime valable dans des secteurs aussi importants que ceux des maladies mentales, des soins dentaires et d'optique, des besoins de médicaments et des enfants arriérés et infirmes.

Ce sont les secteurs—salubrité publique, enseignement, installations, personnel, et services généralement disponibles et accessibles—qui constituent manifestement aujourd'hui le domaine de l'intérêt public en matière de santé et qui exigent l'intervention des pouvoirs publics.

OBJECTIF

A mesure que nous examinions les centaines de mémoires avec leurs milliers de recommandations, nous avons été frappés par ce fait que le domaine des services de santé démontre, mieux peut-être que tout autre, le paradoxe de notre siècle, qui est, évidemment, l'énorme brèche entre nos connaissances scientifiques et techniques, d'une part, et nos cadres institutionnels et financiers servant à les appliquer aux besoins des hommes, d'autre part.

Ce que la Commission recommande, c'est de combler cette brèche au Canada, c'est que nous, comme nation, adoptions dès maintenant les lois nécessaires et prenions les décisions d'ordre institutionnel et financier propres à rendre toutes les découvertes des sciences de la santé accessibles à tous les habitants du pays sans restriction d'aucune sorte. Toutes nos recommandations visent cet objectif.

Il ne peut exister de plus grand défi pour une société libre d'hommes libres.

La Commission croit qu'il faudrait inscrire cet objectif dans une déclaration de buts, et recommande que la Charte de santé qui suit soit reconnue comme un objectif de la politique nationale du Canada.

CHARTE DE SANTÉ DES CANADIENS

La réalisation des normes de santé les plus élevées au bénéfice de notre population doit devenir un objectif premier de la politique nationale et un facteur de cohésion qui contribuera à cimenter l'unité nationale, en faisant appel au sens des responsabilités et à l'action des particuliers et de la communauté. Le mieux à faire pour réaliser cet objectif est d'établir un Régime de services de santé complet et universel pour la population canadienne,

MIS EN ŒUVRE en conformité avec l'évolution du régime constitutionnel du Canada,

FONDÉ sur le libre choix, et sur des professions et des institutions libres et autonomes,

FINANCÉ par des régimes de paiement anticipé,

RÉALISÉ avec la collaboration entière du public, des professions médicales, des organismes privés, de tous les partis politiques, et des gouvernements fédéral, provinciaux et municipaux,

ORIENTÉ vers l'utilisation la plus efficace des ressources de santé de la nation pour atteindre les plus hauts niveaux de bien-être physique et mental.

1. «Complet» comprend tous les services de santé, de prévention, de diagnostic, de traitement et de réhabilitation que les sciences médicales et autres de notre époque peuvent fournir.
2. «Universel» signifie que des services de santé convenables seront accessibles à tous les Canadiens, où qu'ils habitent et quelle que soit leur situation financière, dans le cadre des limites imposées par les facteurs géographiques.
3. «Un régime de service de santé» consiste en dispositions législatives et administratives pour organiser des soins de santé complets et universels, y compris des dispositifs de paiement anticipé pour financer les services de santé personnels institués par étapes. Un tel régime fournira des soins de santé complets en tenant bien compte des facteurs humains et des forces spirituelles, sociales, économiques et régionales propre à la façon de faire des Canadiens.
4. L'«évolution du régime constitutionnel du Canada» tient compte de la compétence première des gouvernements provinciaux en matière de santé, y compris l'échelonnement, l'étendue et l'administration des services de santé, aussi bien que la nécessité de l'assistance financière fédérale pour permettre à chaque province d'établir un Régime de services de santé complet et universel.
5. Le «libre choix» signifie le droit du malade de choisir son médecin ou son dentiste, et le droit du praticien d'accepter ou de refuser de soigner un malade, sauf en cas d'urgence ou pour des raisons d'ordre humanitaire.
6. Par «professions et institutions libres et autonomes», on entend le droit pour les membres des professions de la santé d'exercer dans le cadre de la loi, de choisir librement le lieu et le mode de

leur exercice, et de régir eux-mêmes leur profession. En ce qui concerne les «institutions», cela signifie la liberté académique des écoles de médecine, d'art dentaire et des autres écoles professionnelles; pour ce qui est des hôpitaux, cela signifie l'absence de contrôle ou de domination politiques et l'encouragement à s'administrer sur le plan local.

7. «Régimes de paiement anticipé» signifie a) le financement dans les limites d'une province au moyen de primes, de primes subventionnées, de taxes de vente ou autres, d'appoints payés à même les recettes générales de la province et b) le financement au moyen de subventions fédérales qui tiennent compte des besoins fiscaux de la province.
8. «Collaboration entière» signifie
   a) la responsabilité de chacun d'observer de bonnes règles d'hygiène et d'utiliser à bon escient les services de santé qui lui sont accessibles;
   b) la responsabilité de chacun d'affecter une part raisonnable de ses revenus (par le moyen d'impôts ou de primes, ou des deux) aux fins de la santé;
   c) les méthodes de rémunération du personnel de la santé—honoraires, salaire ou autres formes de rétribution—et les tarifs doivent être convenus par les associations professionnelles et les organismes administratifs, et non par décision arbitraire, avec pouvoir d'en appeler en cas d'incapacité de s'entendre;
   d) le maintien de rapports étroits entre ceux qui donnent et ceux qui reçoivent les services de santé, rapports dont le caractère confidentiel est sauvegardé;
   e) la fourniture des facilités d'éducation du plus haut niveau et l'élimination des obstacles financiers à l'instruction et à la formation afin de permettre à tous ceux qui sont aptes et qui le désirent d'exercer une carrière dans les services de la santé;
   f) le soutien suffisant des recherches sur la santé et de leur application;
   g) la nécessité de maintenir et de développer davantage l'œuvre indispensable des organismes privés dans le domaine de la santé;
   h) les efforts pour améliorer la qualité et la disponibilité des services de santé doivent se compléter d'une vaste gamme d'autres mesures intéressant des domaines tels que l'habitation, l'alimentation, la cigarette, la pollution de l'eau et de l'air, les accidents d'automobile et autres accidents, l'alcoolisme et la narcomanie;
   i) la mise en œuvre d'organismes représentatifs de planification de la santé à tous les échelons de gouvernement, fédéral, provincial, régional et municipal, et l'intégration de la planification de la santé.

LIGNE DE CONDUITE

Voilà ce que le Canada et les provinces devraient réaliser en travaillant ensemble. Il ne s'agit pas là du rêve d'un idéaliste, mais d'un programme praticable à la portée des moyens financiers et pratiques du Canada, comme le montreront d'ailleurs les chapitres suivants. Voilà ce que les Canadiens devraient essayer d'obtenir et exiger d'eux-mêmes avec l'aide de leurs gouvernements. Ils ne devraient se contenter de rien de moins[1]. Une nation qui, en 1962 a dépensé 756 millions en cigarettes et en tabac, et 973 millions en boissons alcooliques[2] peut se payer le programme que nous recommandons, qui entraînerait une dépense supplémentaire de 466 millions en 1971[3].

Le Régime de services de santé que nous proposons constitue un système proprement canadien qui cadre avec notre répartition constitutionnelle des pouvoirs législatifs. Les gouvernements fédéral et provinciaux doivent chacun y jouer leur rôle propre, et, en agissant ainsi, promouvoir le bien-être de la nation. Un tel régime, à notre avis, contribuera grandement à égaliser les chances de tous les Canadiens, où qu'ils vivent.

Nous exhortons les Canadiens à ne pas se fourvoyer dans une bataille de mots. En recommandant le régime que nous avons proposé, nous nous sommes tenus à l'écart des vues de l'extrême droite ou de l'extrême gauche. Nous sommes opposés à la médecine d'État, à un régime où tous les dispensateurs des services de santé sont des fonctionnaires assujettis au contrôle de l'État. Nous recommandons une ligne de conduite fondée sur des principes sociaux, et sur la collaboration et la participation de l'ensemble de la société[4] en vue de réaliser les meilleurs soins de santé possibles pour tous les Canadiens. C'est un but que les Canadiens ne peuvent atteindre par leurs efforts individuels.

Cette ligne de conduite—nous insistons là-dessus—est fondée sur le libre choix pour chaque citoyen, et sur des services fournis par des professions libres et autonomes. En sauvegardant ces éléments, si essentiels à une société libre, nous avons évité, croyons-nous, les difficultés que comporte forcément un régime qui cherche à nationaliser les services qu'un groupe fournit à d'autres.

---

[1] L'Église Unie du Canada a pris pour position qu'un «Régime d'assurance médicale doit être *universel* (s'étendre sur tous les points à tous les citoyens), *complet* (comprendre les divers besoins médicaux et les besoins connexes en collaboration avec les professions médicale, infirmière, dentaire, pharmaceutique et autres professions connexes), et *national* (les divers régimes provinciaux étant coordonnés pour former un régime s'étendant à tout le pays)». *The United Church of Canada,* mémoire présenté à la *Medical Services Insurance Enquiry,* Toronto, janvier 1964, p. 2.

[2] Bureau fédéral de la statistique, *Comptes nationaux, Revenus et Dépenses 1962,* Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1963, p. 58.

[3] Chapitre 2 et chapitre 20, cette somme est en sus de celle qui sera vraisemblablement déboursée en 1971 en vertu des régimes existants.

[4] Jean XXIII, *Mater et Magistra,* New York, *Paulist Press,* 1961.

Nous devons répéter, cependant, que le Régime—universel et complet—de soins de santé que nous recommandons exige une planification soigneuse, un emploi judicieux des ressources dont nous disposons, et la reconnaissance du principe du paiement anticipé qui permet de dispenser à tous les Canadiens des services de santé.

Nous reconnaissons, bien sûr, que l'ensemble de ce Régime ne peut entrer en vigueur immédiatement ou simultanément dans toutes les provinces. Nous ne prévoyons pas que le Régime s'implante aussitôt au complet, mais plutôt par une série d'étapes régulières et bien planifiées qui, prises dans leur ensemble, permettront de réaliser notre objectif au bout d'un certain nombre d'années.

Ce qu'il faut d'abord, c'est un personnel qualifié et suffisant. Cela exige des programmes d'urgence[1] destinés à développer les conditions favorables à l'enseignement et à la formation. Il faut les mettre en œuvre immédiatement parce qu'il faut un certain nombre d'années pour former médecins, dentistes, infirmières et autres; nous devons être prêts à assurer des services à la population croissante du pays, population qui, croyons-nous, atteindra un chiffre de 22,600,000 en 1971, de 28,250,000 en 1981 et de 35,100,000 en 1991[2]. Nous ne pouvons attendre d'être débordés pour agir.

Il faudrait aussi faire vite dans le domaine des maladies mentales et nous formulons des recommandations précises concernant ce domaine depuis longtemps négligé.

Il faut accorder une priorité toute particulière aux enfants arriérés et aux enfants infirmes[3]. Leurs parents doivent avoir le soutien de l'ensemble de la société.

Nous pourrons mettre en vigueur un programme au bénéfice des vieillards et des infirmes à mesure que nous progresserons dans d'autres domaines.

La santé dentaire peu satisfaisante de la nation, et tout particulièrement celle des enfants doivent faire l'objet de nos préoccupations aussitôt qu'un personnel pourra être formé dans le cadre d'un de ces programmes d'urgence.

Il faut aviser au fardeau du coût des médicaments et voir à une nouvelle répartition.

Il faut établir des facilités de recherche, former un personnel de recherche et encourager la recherche.

Bien que nous soyons conscients que le manque de médecins, de dentistes, d'infirmières et d'autre personnel paramédical va rendre difficile la création du Régime complet de services de santé qu'envisage la Charte, néanmoins le fait de cette pénurie ne doit pas être invoqué pour retarder le lancement de programmes et de projets. Les diverses provinces devraient agir promptement pour collaborer avec le gouvernement fédéral dans la planifica-

---

[1] Le succès de nos programmes d'urgence durant la seconde Grande Guerre montre qu'on peut faire beaucoup quand on le veut.

[2] Voir le chapitre 4.

[3] Voir la recommandation 200 c), au chapitre 2.

tion et la mise en service de nouvelles écoles de médecine, d'art dentaire, d'infirmières et de nouveaux instituts de formation qui s'imposent pour combler ces lacunes.

Ce sont là des questions qui exigeront une planification attentive, puis la plus entière collaboration du gouvernement à tous les échelons et des professions de la santé. Il s'ensuit que les conseils de consultation et de planification que nous recommandons au chapitre 2 devraient être acceptés d'un commun accord et choisis après une conférence fédérale-provinciale sur la santé. Nous recommandons fortement au gouvernement fédéral de la *convoquer dans un délai de six mois.* Le gouvernement fédéral doit assumer la responsabilité de la direction et adopter des plans pour faire en sorte que chaque stade du développement du programme cadre bien avec son objectif général. Il faut sauvegarder l'unité du programme et l'appliquer à tous les Canadiens.

Nous ne proposons pas que les divers régimes provinciaux soient obligés de se conformer à n'importe quel cadre rigide, mais, pour bénéficier de l'appui fédéral, il faut qu'ils fournissent, quelle que soit la manière qu'ils puissent choisir, une protection universelle dans les limites de la province, indépendamment de l'âge, de la situation ou des fonds disponibles de l'intéressé, à des conditions uniformes; ils doivent aussi s'en tenir aux caractéristiques fondamentales qui font partie de chacun des programmes recommandés.

2

Recommandations

Les attributions de notre Commission nous incitent en général à «recommander les mesures qui, compatibles avec la répartition constitutionnelle des pouvoirs législatifs au Canada, assureront, à notre avis, les meilleurs soins de santé possibles à tous les Canadiens».

En appliquant les principes que nous avons exposés dans la Charte de santé au chapitre 1, et après avoir soigneusement examiné les témoignages recueillis, nous avons élaboré un régime de services de santé tel qu'il est défini dans la recommandation n° 1, à la page 19. Les recommandations nos 2 à 200 portent sur les détails du régime et sur les modalités de son application; elles figurent sous les rubriques suivantes:

I. Services de santé
   1. Régime de services de santé: principes et règles de conduite (1)
   2. Hygiène mentale, alcoolisme et narcomanie (de 2 à 28)
   3. Services médicaux (de 29 à 38)
   4. Services dentaires (de 39 à 57)
   5. Services d'ordonnances (de 58 à 82)
   6. Services d'optique (de 83 à 94)
   7. Services hospitaliers (Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques) (de 95 à 112)
   8. Services et appareils de prothèse (de 113 à 115)
   9. Services de soins à domicile (de 116 à 123)

II. Personnel de la santé, facilités et recherche
   10. Formation et recrutement des infirmières (de 124 à 139)
   11. Formation et recrutement des médecins (de 140 à 154)
   12. Formation et recrutement des dentistes (de 155 à 173)
   13. Aide aux universités pour les professions de la santé (174)
   14. Fonds d'expansion des installations de santé (175 et 176)
   15. Conseil de recherche en sciences de la santé (de 177 à 185)
   16. Statistique de la santé (de 186 à 189)

III. Financement et rangs de priorité
17. Financement d'ensemble (de 190 à 195)
18. Subventions nationales à la santé (de 196 à 198)
19. Rangs de priorité (199 et 200).

Nous terminons le présent chapitre par un bref relevé quantitatif du personnel de la santé, des investissements pour la santé et des dépenses encourues en vue de réaliser, pendant la période 1961-1991, le régime de services de santé que nous envisageons pour les Canadiens.

I. SERVICES DE SANTÉ

1. *Régime de services de santé: principes et règles de conduite*

Nous avons étudié de près le coût des services de santé; à notre avis, pour la population canadienne, le problème ne se limite pas exclusivement au paiement des honoraires du médecin, mais comprend toute la gamme des services essentiels—mentaux, médicaux, dentaires, hospitaliers, pharmaceutiques, infirmiers (à domicile ou non), prothétiques et d'optique. Nous fondant sur les données recueillies, nous croyons que l'intervention du gouvernement s'impose, et qu'il faut faire appel aux ressources de la nation pour établir dans les dix provinces, au Yukon et dans les Territoires du Nord-Ouest, des régimes universels et complets de services de santé.

Cependant, il nous a fallu reconnaître qu'il serait impossible de mettre sur pied immédiatement des régimes universels de services dentaires et d'optique à cause du manque de personnel. Nous avons donc circonscrit nos recommandations dans ces deux secteurs principalement—mais non exclusivement—aux régimes destinés aux enfants.

C'est par une intervention fédérale-provinciale concertée, menée sur l'ensemble des besoins de santé, que les objectifs recherchés pourront être atteints. La nécessité de cette action crève les yeux quand on songe à la distance qui nous sépare encore du but que nous aurions pu toucher. Comme nous l'avons dit au chapitre 1, il n'existe probablement pas d'autre sphère de besoin humain fondamental où les rouages mis sur pied, en matière d'organisation et de financement, se soient révélés aussi insuffisants pour rendre accessible à la population entière ce que la science a découvert, et ce que les professions savent appliquer.

La ligne de conduite est claire. Il s'agit de pousser plus loin la collaboration fédérale-provinciale, qui a donné de si heureux résultats dans le domaine des soins hospitaliers, et de faire profiter la population entière de tous les services de santé personnels. Le régime général doit s'inspirer des mêmes principes: il doit être universel; il exigera une aide financière fédérale; les fonds de santé devront servir non seulement à payer le coût des services, mais aussi à accroître les ressources et à améliorer la qualité des soins; partout où cela est possible on devra insister sur la prévention; il faudra aussi attribuer

un plus haut rang de priorité aux services de réadaptation afin que les malades guéris puissent gagner leur vie et que les familles retrouvent leur indépendance. Bien que nous soyons arrivés à la conclusion que les gouvernements fédéral et provinciaux doivent prendre l'initiative, cependant il est essentiel que toutes les ressources des organismes privés soient coordonnés et tendent vers la réalisation de l'objectif, qui est d'assurer «les meilleurs soins de santé possibles à tous les Canadiens».

La Commission recommande:

1. **Que le gouvernement fédéral, aux termes d'accords conclus avec les provinces, verse des subventions, d'après une formule fondée sur les besoins fiscaux, pour aider les provinces à mettre sur pied et à administrer des régimes provinciaux complets et universels de soins de santé personnels, et que des mesures analogues soient prises à l'égard du Yukon et des Territoires du Nord-Ouest. Les régimes doivent inclure les services suivants, les provinces exerçant leur droit de déterminer l'ordre de priorité de chaque service et le moment de leur établissement:**

   Services médicaux,

   Services dentaires pour enfants, femmes enceintes et bénéficiaires de l'assistance publique,

   Services d'ordonnances,

   Services d'optique pour enfants et bénéficiaires de l'assistance publique,

   Services de prothèse,

   Services de soins à domicile

   Nous proposons en outre une complète réorganisation et réorientation des services d'hygiène mentale, de même que d'importants changements dans le régime d'assurance-hospitalisation.
   Même si nous n'avons pas considéré les services infirmiers comme une entité distincte, il saute aux yeux qu'ils représentent un élément important de tout régime de soins hospitaliers et de soins à domicile. Pour assurer la coordination efficace des ressources de la santé, il nous semble indispensable que les services infirmiers soient administrés comme une partie intégrante de chacun de ces services.

En conformité des concepts et des objectifs énumérés au chapitre 1, la Commission estime que la mise en œuvre de ces programmes doit s'inspirer des principes et des règles que voici:

(1) Comme dans le cas du régime d'assurance-hospitalisation, les subventions devraient se fonder sur le coût réel des services, et il importe d'encourager l'économie; pour tenir compte des besoins fiscaux provinciaux, il y aurait lieu aussi de pourvoir à des subventions de péréquation.

(2) Les subventions devraient aussi avoir pour objet de contribuer à relever à un niveau acceptable, dans toutes les provinces, le rapport entre le personnel de la santé et le chiffre de la population.

(3) La protection des services de santé devrait être continue, avec transférabilité des prestations à ceux qui passent d'une province à une autre; elle devrait s'étendre partout où les services sont dispensés[1].

(4) Le régime doit disposer de fonds suffisants pour bien rémunérer le personnel, afin que les professions de la santé attirent et retiennent plus que par le passé une plus forte proportion de jeunes gens.

(5) L'organisation et les méthodes administratives doivent toutes viser à maintenir et à encourager l'exercice libre, indépendant et autonome des professions de la santé.

(6) Comme pour les régimes d'assurance-hospitalisation, tous les services de santé personnels devraient être universellement accessibles à des termes et à des conditions uniformes pour tous les citoyens du pays.

(7) L'administration au niveau provincial, y compris celle du régime d'assurance-hospitalisation dans la province, devrait être confiée à une commission représentative du public, des professions de la santé et du gouvernement, ladite commission devant faire rapport au ministre de la Santé. Dans une province où un organisme privé d'assurance est déjà établi, nous recommandons que le régime soit administré par l'entremise dudit organisme, renforcé par l'adjonction de représentants du public, des professions de la santé et du gouvernement[2]. Le sous-ministre de la Santé devrait être membre *ex officio* de la commission et, à cause du lien qui existe entre la santé et le bien-être social, le sous-ministre du Bien-être social devrait aussi en faire partie au même titre. Des comités représentatifs des diverses professions devraient être établis pour conseiller les autorités sur les affaires professionnelles; les membres de ces comités, aussi bien que les professionnels membres de la commission, ne devraient être désignés qu'après accord avec les professions intéressées.

(8) Le gouvernement fédéral devrait assumer une part des frais d'administration du régime de services de santé jusqu'à un maximum de 5 p. 100 de sa contribution totale.

(9) On doit dresser des rapports statistiques minutieux pour tous les services, afin que le coût de ces derniers soit évalué, que leurs lacunes soient dépistées et que de nouvelles directives puissent être élaborées.

(10) Il doit être pourvu, aux niveaux local, régional, provincial et fédéral, à des conseils représentatifs de planification de la santé, afin d'assurer

---

[1] Les autorités fédérales et provinciales devraient étudier la possibilité de protéger, par un accord fédéral-provincial, les Canadiens qui se trouvent à l'étranger.

[2] *Gouvernement du Manitoba,* mémoire présenté à la Commission royale d'enquête sur les services de santé. Winnipeg 1962.

la participation du peuple à l'établissement des buts et objectifs et à la satisfaction des besoins humains.

(11) L'administration des services de santé pour les Indiens et les Esquimaux devrait être confiée aux provinces, et les soins de santé devraient leur être assurés suivant la même formule et les mêmes normes de qualité que dans le cas des autres Canadiens.

2. *Hygiène mentale, alcoolisme et narcomanie*

HYGIÈNE MENTALE

De tous les problèmes qui ont été signalés à la Commission, abstraction faite du financement des services de santé en général, c'est celui de la maladie mentale (dépistage, diagnostic, traitement et réadaptation) qui reflète le plus la préoccupation du public.

Deux conclusions principales peuvent se dégager des mémoires et des témoignages présentés à la Commission. Premièrement, dans le passé, un état général d'ignorance quant à la nature des maladies mentales a conduit la plupart des citoyens à adopter à l'égard des malades mentaux une «attitude de ghetto». Leur traitement a pendant trop longtemps été caractérisé par l'indifférence et la négligence. La seconde conclusion, c'est que nous sommes au cœur d'une grande période de transformation, peut-être seulement au début de cette période, où non seulement les vues du public évoluent rapidement, mais où ce changement même permet d'adopter des mesures positives et de considérer les perspectives de succès des traitements comme pleines d'espérance sinon franchement optimistes.

La Commission a constaté chez le public un intérêt vraiment extraordinaire. Les profanes et les praticiens membres d'organismes comme l'Association canadienne d'hygiène mentale, l'Association canadienne pour les enfants arriérés et d'autres font preuve d'un dévouement à la fois admirable et réconfortant.

Cependant, malgré toutes ces preuves d'un changement indiscutable dans les vues du public, le problème n'est pas résolu pour autant. Le rythme de l'évolution doit être accéléré. La distinction qu'on s'attarde encore à établir, dans certains milieux, entre les malades mentaux et les malades physiques doit disparaître immédiatement. Il importe qu'on comprenne de mieux en mieux les possibilités d'un traitement amélioré. Il faut qu'on se rende compte plus généralement du coût énorme, pour l'économie et la société, de l'improductivité des malades mentaux et de la longueur de leur traitement[1].

Les progrès qui paraissent maintenant possibles ne pourront être réalisés qu'avec un solide appui public, qui naît d'une pareille compré-

[1] On estime qu'environ 1.9 million de personnes, soit à peu près le dixième de la population, sont peut-être atteints à des degrés divers de troubles psychiatriques et affectifs; en moyenne, le nombre quotidien de malades dans les institutions est d'environ 69,000. Voir le chapitre 5.

hension. Heureusement, croyons-nous, la population canadienne est maintenant gagnée à cette idée et nous pouvons compter sur son concours indispensable.

Les troubles mentaux peuvent se répartir en deux grandes catégories: *a*) l'arriération ou la déficience mentale, et *b*) les affections psychiatriques.

Dans beaucoup d'institutions, malheureusement, on ne s'est pas assez préoccupé d'établir une distinction entre les services fondamentalement éducatifs qui s'adressent aux arriérés mentaux, d'une part, et les services de santé destinés aux malades mentaux, d'autre part. L'un et l'autre des deux groupes n'ont pas profité non plus d'un éventail suffisant de services.

Le personnel

Un relevé du personnel disponible pour le traitement actif des malades mentaux, par opposition au mode actuel de traitement qui consiste surtout en soins de garde, révèle nettement une grave pénurie de psychiatres, de neurologues, de psychologues cliniciens, d'infirmières psychiatriques et d'assistants sociaux psychiatriques. Étant donné que pour le traitement des troubles mentaux le personnel est beaucoup plus important que les locaux et l'équipement, il importe de lancer une offensive générale pour venir à bout de cette pénurie.

La Commission recommande:

2. **Que dans le cadre d'un programme accéléré de sept ans, des subventions de formation professionnelles de $5,000 par année soient accordées aux médecins diplômés qui préparent le certificat de spécialisation en psychiatrie, en neuro-psychiatrie, en psychiatrie infantile et en neuro-chirurgie.**

3. **Que dans le cadre du même programme accéléré, des subventions de formation professionnelle de $3,000 par année soient accordées aux diplômés d'université qui se spécialisent en psychologie clinique et en service social psychiatrique, et aussi aux infirmières diplômées qui se spécialisent en soins infirmiers psychiatriques.**

4. **Que dans le cadre du même programme accéléré, des subventions de formation professionnelle de $3,000 par année soient accordées aux diplômés d'université en éducation pour faire des travaux post-universitaires en psychologie, surtout en psychologie des anormaux, et pour des travaux spéciaux sur l'enseignement aux enfants intellectuellement handicapés.**

5. **Que des fonds soient mis à la disposition des écoles de médecine pour qu'elles offrent des cours spéciaux de psychiatrie aux omnipraticiens, et que les Collèges provinciaux de médecins et de chirurgiens et que le Collège de médecine générale accordent un haut rang de priorité à ces cours dans leurs programmes d'enseignement continu.**

Recherches

Cependant, les services d'hygiène mentale ne manquent pas seulement de personnel. Dans le domaine des troubles mentaux, ce sont surtout les recherches qui font défaut. Il est vrai que d'importants travaux sont en cours dans divers centres, mais il faudrait faire beaucoup plus. En outre, la Commission est convaincue que non seulement il faudrait accélérer les recherches sur les causes fondamentales des maladies mentales, mais qu'il est également nécessaire de pousser plus loin l'évaluation critique de l'efficacité des méthodes actuelles de traitement.

La Commission recommande:

6. **Que des fonds publics plus abondants soient distribués par l'entremise du Conseil des recherches en sciences de la santé, et qu'on recueille plus de fonds privés pour aider les organismes officiels et privés ainsi que les universités à élargir et à coordonner leurs programmes de recherche sur les causes de l'arriération mentale et des maladies mentales, aussi bien que pour évaluer les programmes communautaires et les services actuels de traitement dans ces domaines.**

Les arriérés mentaux

En gros, l'arriération mentale se divise en trois catégories:

(1) Arriération bénigne (coefficient intellectuel de 50 à 75);

(2) Arriération modérée (coefficient intellectuel de 25 à 49);

(3) Arriération prononcée (coefficient intellectuel inférieur à 25)[1].

Il est important de distinguer l'arriéré mental de l'enfant intelligent qui souffre de troubles affectifs. Malheureusement, on a pu constater que, faute d'un diagnostic précoce ou exact, des enfants atteints de troubles affectifs, visuels ou auditifs sont trop souvent rangés parmi les arriérés mentaux. Il faut à tout prix accroître les ressources communautaires en vue d'obtenir un diagnostic précoce, car sans un traitement approprié, les chances de réadaptation sont compromises. Ces ressources comprennent les centres communautaires d'hygiène mentale, les psychologues conseils attachés à l'organisation scolaire, et les quartiers psychiatriques établis dans les grands hôpitaux ou les centres pédiatriques.

Depuis trop longtemps les enfants mentalement déficients sont relégués dans de grandes institutions, parfois même logés avec des adultes souffrant de psychoses. Il serait bon, croyons-nous, d'adopter une attitude plus positive, dans le sens préconisé par l'Association canadienne pour les enfants arriérés.

[1] Association canadienne pour les enfants arriérés. Mémoire présenté à la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Toronto, mai 1962. Il est question d'autres classifications des arriérés mentaux au chapitre 8.

La Commission recommande:

7. **Que, vu l'extrême importance d'un diagnostic précoce des maladies mentales, et en particulier de l'arriération mentale chez les enfants, par exemple, dans le cas de la phénylkétonurie, tous les enfants soient examinés peu de temps après la naissance[1].**
8. **Que des conseillers en psychologie clinique soient affectés à toutes les grandes unités scolaires urbaines, et que les régions sanitaires désignent des psychologues cliniciens qui agiront comme conseillers dans les écoles de petites villes et de régions rurales.**
9. **Que la majorité des jeunes arriérés mentaux (arriération bénigne) ne soient pas relégués dans des institutions, mais qu'ils restent au foyer, dans la communauté, et fréquentent des classes spéciales du programme scolaire régulier.**
10. **Que les collectivités aménagent des ateliers protégés où les arriérés mentaux pourront trouver du travail après l'âge de fréquentation scolaire.**
11. **Que les sujets souffrant d'arriération mentale modérée soient formés dans des institutions spéciales du genre de l'école maternelle, et qu'à la sortie de l'adolescence on leur trouve de l'emploi, quand c'est possible, dans des ateliers protégés.**
12. **Que l'on soigne le groupe entièrement à charge ou à faible quotient intellectuel à domicile, si cela est possible et si les services de soins à domicile indispensables peuvent être fournis à titre de service communautaire, afin d'aider les parents ou le tuteur à fournir à l'enfant des soins constants. Ces moyens devraient comprendre des institutions distinctes du genre de l'école maternelle, où ces enfants pourraient être transportés aux frais du public. Si et quand les soins à domicile deviennent impossibles, l'enfant devrait être confié à une petite unité hospitalière qui ne compterait pas plus d'une centaine de lits, et qui serait située dans le voisinage. Il y serait soigné dans le cadre du régime d'hygiène mentale.**

Les malades mentaux

Les services de traitement de maladie mentale présentent un vaste éventail allant du médecin de famille, du psychologue clinicien et du psychiatre aux centres communautaires d'hygiène mentale, aux quartiers ou aux annexes psychiatriques des hôpitaux généraux, et à l'hôpital de maladies mentales.

---

[1] La mise en œuvre de cette recommandation représenterait une économie appréciable en ce sens qu'elle réduirait de 80 à 90 p. 100 le coût du traitement de la phénylkétonurie. De plus, on épargnerait chaque année à une centaine d'enfants la perspective d'avoir à souffrir d'arriération mentale pendant toute leur vie. (Voir Procès-verbaux des *Audiences*, 1er novembre 1961, vol. 5.)

Aux fins envisagés ici, il est important de signaler que certains régimes d'assurance médicale, mais pas tous, paient les services des psychiatres privés, et que le Régime sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques absorbe une part du coût de l'hospitalisation des malades dans les quartiers psychiatriques des hôpitaux généraux, mais non dans les hôpitaux de maladie mentale, lesquels, à tout prendre, sont entièrement financés par les gouvernements provinciaux.

On a maintes fois réclamé devant la Commission la suppression des dispositions qui excluent les «hôpitaux de maladie mentale» de l'application de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques. La plupart des gouvernements provinciaux préconisent ce changement depuis qu'ils ont pris connaissance de la première ébauche de cette mesure législative.

La Commission estime que cette demande s'attaque au fond même du problème que pose le traitement des maladies mentales. A son avis, il faudrait appliquer les dispositions financières du Régime sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques de manière à améliorer ce traitement. Nous ne croyons pas que les malades mentaux puissent commodément recevoir les soins qui leur sont nécessaires dans de grands «asiles» d'aliénés, où ils sont entassés pêle-mêle et restent sans contact avec le monde extérieur. Nous croyons que la plupart des malades mentaux qui doivent à tout prix être hospitalisés devraient être traités dans les hôpitaux généraux, dans des quartiers réservés pour eux, ou dans de petits hôpitaux psychiatriques régionaux comptant au plus 300 lits et avoisinant un hôpital général. A notre avis aussi, le gouvernement fédéral devrait reconnaître qu'il doit assumer sa part du coût de tout traitement des maladies mentales.

Nous croyons que les provinces devraient procéder avec la plus grande célérité au transfert de tous les patients, recevant ou aptes à recevoir un traitement actif, des hôpitaux de malades mentaux aux hôpitaux généraux.

Mais, de toute évidence, cela prendra du temps. Nous estimons que, si l'aménagement d'annexes ou de quartiers psychiatriques additionnels dans la plupart des grands hôpitaux généraux commence immédiatement et se continue au rythme d'environ 1,300 lits par année, pour en arriver à un total d'environ 14,000 lits en 1973, nous estimons que cet objectif peut être atteint d'ici 1973.

Si ce but est atteint d'ici 1973, le nombre de malades qu'il sera possible de soigner au moyen d'un certain nombre de lits sera beaucoup plus élevé qu'à l'heure actuelle par suite de la durée de séjour plus courte. Quoi qu'il en soit, il restera un grand nombre de malades ayant besoin de soins de garde et étant actuellement dans les hôpitaux de maladies mentales, qui ne seront point transférés dans les hôpitaux ou les quartiers psychiatriques pour y subir un traitement actif. Il faudrait, si cela est possible, loger ces malades dans d'autres institutions appropriées dont certaines existent déjà et dont d'autres seront aménagées si l'on donne suite à nos recommandations. La Commission éprouve la plus grande admiration pour le travail de nombreux organismes privés qui s'occupent de fournir un logement aux vieillards;

elle croit que c'est l'une des œuvres les plus importantes dont ces organismes puissent se charger.

La Commission recommande:

13. **Que les règlements concernant la subvention à la construction d'hôpitaux, versée par le Fonds d'expansion des installations sanitaires, soient modifiés immédiatement et pourvoient au paiement de la moitié du coût de la construction des quartiers ou des annexes psychiatriques de tous les hôpitaux généraux comptant plus de 100 lits, ou des petits hôpitaux psychiatriques régionaux d'au plus 300 lits, près des hôpitaux généraux, y compris les services de consultation externe et les petites unités pour arriérés mentaux.**
14. **Que les autorités fédérales et provinciales désignent de ces quartiers d'hôpitaux actuels de maladies mentales—où les malades reçoivent manifestement un traitement actif ou des soins de convalescence—du nom d'«hôpital» ou d'«installation» aux termes de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques (à compter du 1er janvier 1965), pour que ces frais soient partagés.**
15. **Que le nombre de lits dans ledit quartier ou lesdits quartiers de chacun des hôpitaux actuels de maladies mentales ainsi reconnus soit** réduit **au moins du quart à compter du 1er janvier 1969, au moins de la moitié à compter du 1er janvier 1971 et au moins des trois quarts à compter du 1er janvier 1973, et que toutes lesdites institutions cessent d'être reconnues à compter du 31 décembre 1974.**
16. **Qu'aucune subvention ne soit accordée à un nouvel hôpital de maladies mentales comptant plus de 300 lits.**
17. **Que les traitements ou les honoraires sessionnels versés aux psychiatres qui dirigent ces quartiers hospitaliers ou ces hôpitaux régionaux soient rangés parmi les frais subventionnés aux termes de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques.**
18. **Que des services externes organisés, des services hospitaliers de traitement et de consultation, qu'un service d'urgence de 24 heures et que des régimes «diurnes» et «nocturnes» de soins soient mis sur pied dans les quartiers ou les annexes psychiatriques, ou dans les hôpitaux régionaux.**
19. **Que chaque unité développe un service de réadaptation disposant d'un personnel suffisant d'assistants sociaux psychiatriques et d'infirmières psychiatriques, et qu'une parfaite coordination soit assurée entre ce service et les autres services communautaires de santé et de bien-être.**
20. **Que l'aménagement de foyers pour les vieillards et que l'établissement de services de soins à domicile et de services de foyers nourriciers soient accélérés, et que la coordination soit assurée entre ces œuvres et les autres services communautaires de gériatrie.**

ALCOOLISME

Le problème grave et grandissant de l'alcoolisme mérite une attention spéciale. On estime que 2,000 Canadiens sur 100,000 présentent un problème d'alcoolisme, mais c'est seulement un petit nombre d'entre eux qui profitent des quelques rares installations, devenues insuffisantes, qui sont accessibles. L'œuvre accomplie par des organismes privés, notamment par les Alcooliques Anonymes, a fortement impressionné la Commission.

Cependant, comme dans le cas des maladies mentales, notre ignorance des causes de la maladie et des moyens d'y faire échec, puis l'absence de données sur l'efficacité des méthodes actuelles de traitement compliquent énormément le problème du traitement.

De toute évidence, le besoin est urgent non seulement d'étendre les services, mais aussi d'intensifier les recherches de base aussi bien que l'évaluation. Puisque la vente des spiritueux rapporte de fortes sommes au gouvernement fédéral et aux gouvernements provinciaux, il y aurait lieu d'affecter à l'expansion des travaux de recherche et d'évaluation une part beaucoup plus élevée de ces recettes.

La Commission recommande:

21. **Que les gouvernements provinciaux versent des subventions plus élevées aux fondations de recherche sur l'alcoolisme, aux organismes de traitement ainsi qu'aux universités, et que le gouvernement fédéral y contribue pour une part égale. Il importe d'amplifier les recherches à tous les niveaux: en biochimie, en neuro-physiologie, en psychologie et en sociologie.**
22. **Qu'on accorde au personnel professionnel des subventions de formation professionnelle pour faire des études supérieures dans divers instituts antialcooliques.**
23. **Que des installations spéciales soient accessibles dans les hôpitaux généraux pour le traitement des phases aiguës de crises périodiques et pour une évaluation psychiatrique des causes sous-jacentes.**
24. **Que des services spécialisés de soins post-hospitaliers soient établis et qu'on mette pleinement à contribution les autres services communautaires.**

NARCOMANIE

La narcomanie est une manifestation d'un trouble profond de la personalité joint aux influences du milieu social.

Par suite de l'enchevêtrement des causes psycho-sociales qui sont à l'origine des symptômes, le traitement de la narcomanie doit se faire d'après des méthodes variées.

La Commission recommande:

25. **Que les services psychiatriques, dans les prisons et les pénitenciers, soient améliorés pour traiter comme il faut le problème de la narcomanie et des autres troubles psychiatriques.**

26. Qu'au moins un hôpital général dans les grandes villes devrait avoir un quartier extra-pénal d'isolement et de traitement auquel les narcomanes pourront librement faire appel pendant leur cure de désintoxication. On pourrait essayer d'enregistrer les narcomanes et de leur fournir des narcotiques sous surveillance médicale stricte et avec contrôle des drogues, ce qui éliminerait l'attrait du profit dans le colportage des stupéfiants. C'est ce motif mercantile qui pousse les trafiquants vicieux à recruter de nouveaux adeptes de la narcomanie même dans les écoles secondaires pour maintenir et étendre leur marché. Ils créent des clients qui doivent voler ou se livrer à la prostitution afin de trouver l'argent nécessaire pour payer les prix exorbitants qui ont cours dans le monde interlope. Cette situation sociale, imposée de force aux narcomanes, crée un second problème qui rend virtuellement impossibles l'isolement et les changements de conduite.

27. Que l'on mette sur pied un programme communautaire de soins post-hospitaliers dans les centres où de tels soins sont nécessaires et où ils n'existent pas maintenant.

28. Que le Conseil de recherche sur les sciences de la santé accorde des subventions considérables à la recherche sur les aspects épidémiologiques et psycho-sociaux de la narcomanie.

3. *Services médicaux*

La presque totalité de la population ayant droit aux services de l'assurance-hospitalisation, l'autre service essentiel à mettre sur pied est celui des soins médico-chirurgicaux et des soins connexes qu'on groupe communément sous la rubrique de «services médicaux».

Les témoignages recueillis nous ont convaincus que, dans l'ensemble, les Canadiens ont le sentiment d'avoir été bien servis par les médecins et le personnel de la santé. On nous a vanté les mérites d'autres régimes et on nous a priés de recommander, pour le Canada, des formules et des régimes qui ont donné de bons résultats dans d'autres pays. Avant d'aller plus loin, nous croyons devoir affirmer que la qualité des services médicaux dispensés aux Canadiens se compare favorablement avec les niveaux en cours dans d'autres pays évolués et industrialisés; c'est la conclusion à laquelle nous sommes arrivés. Cela ne signifie pas que notre régime soit sans défaut. Il est entaché de graves lacunes; on y découvre des failles qui sont un défi à l'ingéniosité, à l'initiative créatrice et aux talents d'un peuple apparaissant comme un pays industriel de premier plan parmi les nations du monde libre.

Bien que nous soyons d'accord avec ceux qui nous exhortent à tenir compte des heureux résultats qu'on a obtenus ailleurs dans le monde—ce que nous avons fait, du reste—nous ne croyons pas qu'il soit possible de remédier à nos lacunes en s'efforçant de transplanter au Canada un régime ou un système dans sa totalité, si efficace puisse-t-il avoir été ailleurs.

De préférence, il nous faut mettre sur pied un régime qui nous soit propre, qui s'appuie sur les ressources que nous possédons et qui soit compatible avec nos traditions et avec l'évolution historique des services de santé au Canada. Toutes nos propositions s'inspirent de cette donnée fondamentale. Le régime de la capitation, en vigueur en Angleterre pour la rémunération des médecins, qui nous a été fortement recommandé est un exemple caractéristique. Après avoir étudié ce régime, nous sommes arrivés à la conclusion qu'il ne conviendrait pas au Canada car il est axé sur une distinction historique entre les omnipraticiens et les spécialistes. A l'encontre de l'Angleterre, le Canada n'a pas connu la distinction qui prévaut en Angleterre entre la pratique générale en cabinet de chirurgie ou médecine domiciliaire et la pratique du spécialiste qui exerce à l'hôpital.

Au Canada, l'omnipraticien et le spécialiste ont toujours été tous les deux liés à un hôpital. En règle générale, le spécialiste n'est pas rémunéré par l'hôpital. Certains médecins exercent à la fois comme spécialistes et comme omnipraticiens. Cette évolution de plus d'un demi-siècle dans des voies divergentes a ancré chez nous des coutumes et des méthodes tellement différentes de celles de l'Angleterre qu'il ne serait ni pratique ni souhaitable de tenter d'imposer un régime de capitation à la médecine canadienne[1]. Cette formule donne de bons résultats en Angleterre. La profession, dans l'ensemble, en est satisfaite en Angleterre et ne réclame pas de grand changement[2]. Rappelons, cependant, que la capitation y était déjà appliquée au siècle dernier par les Associations de bienfaisance; elle fut élargie par la Loi de Lloyd George en 1911 pour englober le gagne-petit, qui représentait alors une partie importante de la population; la formule fut encore plus élargie en 1931, et est devenue universelle pour le paiement des omnipraticiens en 1948. C'était là le prolongement logique de coutumes et de méthodes déjà établies.

Le régime de la capitation, tel qu'il se pratique en Angleterre, est aussi en usage en Hollande, mais non en Allemagne de l'Ouest ni en Suède; ces deux derniers pays ont le régime des honoraires. La capitation a été en vigueur au Danemark jusqu'à son remplacement en 1961 par le régime des honoraires. La Norvège, la Suède, la Suisse, la France et l'Australie sont parmi les pays où domine surtout le régime dit de remboursement. Sauf en Norvège, ce mode de paiement des services médicaux se caractérise le plus souvent par l'absence d'un tarif maximum convenu avec la profession médicale. Nous ne croyons pas que le régime de remboursement puisse se transplanter au Canada avec plus de succès que le régime de la capitation. De tout temps, le régime des honoraires a été d'usage courant au Canada. En recommandant l'emploi du régime des honoraires pour les services de santé

---

[1] La statistique des accouchements offre un autre exemple de coutumes différentes dans les deux pays: en Angleterre, 37 p. 100 des enfants sont nés hors de l'hôpital en 1962, comparativement à 2 p. 100 au Canada (Communication du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social).

[2] *Royal Commission on Doctors' and Dentists' Remuneration, 1957-1960,* Londres, *Her Majesty's Stationery Office,* Cmnd. 939, 1960; et *Medical Services Review Committee, A Review of the Medical Services in Great Britain,* Londres, *Social Assay.*

au Canada, nous désirons souligner qu'il doit se fonder sur une échelle de tarifs maximums établie en accord avec la profession dans chaque province, et que le paiement des services médicaux doit se faire d'après ces tarifs et non d'après un pourcentage arbitrairement fixé. Des notes supplémentaires ne seraient pas permises.

A notre avis, l'expérience atteste que les méthodes consacrées au Canada par ces régimes d'assurance de soins médicaux axés sur un «contrat de service» ont révélé leur efficacité et la possibilité de les administrer à peu de frais. Grâce à l'expérience acquise, ces régimes ont pu mettre sur pied non seulement une organisation efficace et une administration compétente, mais aussi certains autres rouages indispensables au bon fonctionnement d'un régime de cette nature. C'est ainsi qu'on a mis au point des méthodes pratiques de recrutement de groupes et de particuliers, de traitement et de paiement de comptes, de tenue de dossiers et de techniques pour régler l'excès d'utilisation et l'excès des services. Cependant, ce genre de contrat présente certaines lacunes évidentes en ce qu'il exclut des millions de citoyens à cause de leur âge, d'affections physiques ou mentales préexistantes ou de l'incapacité de payer les primes. De plus, certains assureurs peuvent mettre fin au contrat et certains prévoient des frais supplémentaires. Jusqu'à la récente introduction de régimes plus complets d'assurance-maladie qui peuvent être substitués aux polices traditionnelles à protection limitée, ces contrats ne portaient que sur les services du médecin.

Ce que nous cherchons, c'est une méthode qui fournira à tous les Canadiens une protection complète, à des termes et à des conditions uniformes, indépendamment de l'âge, de l'état de santé ou de la capacité de payer. Nous recommandons que les prestations des services médicaux entrent en vigueur seulement lorsque des provinces représentant environ la moitié de la population du Canada seront prêtes à les adopter; c'est, en somme, la condition qu'on avait posée à l'égard de l'application de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques.

Cependant, nous ne croyons pas que toutes les solutions aient été trouvées, et l'on doit prendre des dispositions pour continuer l'expérimentation et introduire de nouvelles méthodes. On ne manque pas d'arguments en faveur de l'établissement de services médicaux (et hospitaliers) sur une base régionale (par exemple, la région sanitaire de Swift-Current) pour faciliter ces expériences et cette diversification. Ainsi, bien que nous ayons supposé que le régime des honoraires sera le mode principal de paiement des médecins et des chirurgiens, il conviendrait cependant de mettre à l'essai d'autres méthodes ou combinaisons de méthodes, et d'y recourir là où elles semblent souhaitables[1].

De plus les services médicaux (et dentaires) continueront vraisemblablement pendant un certain temps d'être la méthode de base pour les praticiens exerçant à titre privé. Nous croyons néanmoins que les avantages de l'exercice en groupe l'emportent à tel point sur les inconvénients que

[1] Dans les régions éloignées, par exemple, ou dans celles qui manquent de médecins.

le régime devrait encourager une plus forte proportion de médecins et de chirurgiens à dispenser leurs services sous cette forme.

On peut soutenir que c'est au personnel médical lui-même qu'il appartient de déterminer de quelle façon ses services seront dispensés, mais, pour de solides raisons, ce point intéresse aussi les consommateurs et l'ensemble de la société. La qualité du service est la première de ces raisons en effet, il a été démontré, au-delà de tout doute raisonnable, que l'exercice en groupe, qui permet un contact professionnel constant entre le médecin et ses collègues, tend à améliorer la qualité. De plus, l'exercice en groupe réunit dans un même centre des médecins, souvent de talents divers et très développés, puis le personnel auxiliaire et l'équipement technique nécessaires à l'exercice de la médecine à notre époque. La concentration de l'équipement et du personnel auxiliaire se traduit par leur plus grande efficacité. Si l'on ajoute à cela le fait que les médecins peuvent soigner plus de malades que l'orsqu'ils exercent seuls, on constate qu'il est ainsi possible de dispenser des soins de plus haute qualité à un coût moindre par unité. Cette économie intéresse donc le consommateur puisque c'est lui qui paie la note. La société peut également y gagner puisque l'exercice en groupe accroît la productivité.

Nous sommes d'avis qu'il y aurait lieu de consentir des prêts à long terme, à des taux abordables, pour l'aménagement d'installations de pratique en groupe; on pourrait aussi pourvoir à l'amortissement fiscal accéléré des immobilisations. Nous croyons, de plus, que des subventions devraient être accordées aux petits centres d'exercice groupé des régions rurales, afin que le personnel de santé (et sa clientèle) puisse profiter de certains avantages déjà accessibles, ou sur le point de l'être, aux citadins. Les subventions peuvent revêtir diverses formes: traitement de base, espace de bureau, habitation, transport et ainsi de suite.

Un autre problème mérite qu'on s'y arrête. Nous avons affirmé notre confiance dans les professions libres et autonomes. Les Collèges provinciaux de médecins et de chirurgiens exercent certaines fonctions en matière d'homologation et de discipline. Ils détiennent leur autorité des assemblées législatives provinciales et sont les mandataires du gouvernement dans la sphère d'activité qui leur est attribuée. Dans certaines provinces, les fonctions des Collèges provinciaux de médecins et de chirurgiens ne sont pas nettement distinctes de celles de la section provinciale de l'Association médicale canadienne, organisme privé qui voit aux intérêts communs de ses membres et s'occupe de questions comme les relations publiques. Nous croyons que les Collèges provinciaux devraient être clairement séparés des associations privées; nous croyons aussi que les pouvoirs disciplinaires des Collèges provinciaux devraient être étendus de façon que ceux-ci puissent avoir l'autorité pour voir à ce que tout l'exercice médical et chirurgical soit de haute qualité.

La Commission recommande:

29. Que dorénavant, dans l'organisation et l'administration des services de traitement, toute distinction entre maladie physique et maladie

mentale, et que les considérations sur lesquelles ces distinctions se fondent, soient à jamais répudiées, comme étant indignes et contraires à la science[1].

30. Que les prestations de soins médicaux s'étendent aux services des omnipraticiens et des spécialistes, que ces soins soient dispensés dans le cabinet du médecin, à l'hôpital, au domicile du malade, ou dans un centre de pratique en groupe.

Les prestations d'assurance médicale devraient comprendre les services assurés suivants:

a) les services médicaux: diagnostic et traitement de toutes les affections physiques et psychiatriques, y compris l'arriération mentale;

b) les services chirurgicaux: diagnostic; soins et traitements pré-opératoires; actes chirurgicaux et soins post-opératoires rendus à une personne réclamant une intervention ou recevant une opération ou intervention, y compris les services d'un chirurgien adjoint quand la nature de l'intervention l'exige;

c) les services de maternité: soins obstétricaux, y compris les soins prénataux et postnataux, et la présence à l'accouchement;

d) les soins au nouveau-né: soins habituels;

e) les services de spécialistes: tous les services fournis par un médecin spécialisé; services de psycho-diagnostic et de psychothérapie dispensés par un psychologue dûment habilité et ayant reçu une formation spéciale dans ces domaines;

f) l'anesthésie: administration d'anesthésiques, y compris:

(i) l'anesthésie en vue du diagnostic et d'actes chirurgicaux et autres;

(ii) l'anesthésie obstétricale;

(iii) l'anesthésie dentaire à l'hôpital;

(iv) l'anesthésie dentaire administrée par un médecin dans un cabinet de dentiste;

g) la radiographie, les analyses de laboratoire et autres actes de diagnostic, y compris leur interprétation;

h) les services médicaux prophylactiques:

(i) les innoculations et les vaccins lorsque ces services ne sont pas dispensés par un organisme gouvernemental;

(ii) l'examen médical périodique, mais non compris les examens pour fins de mariage, d'assurance ou d'embauche, ni les examens demandés par un tiers;

---

[1] L'industrie de l'assurance continue apparemment de ne pas tenir compte de ce principe-clef, comme l'indique le mémoire des représentants de l'Association de l'assurance-santé au Canada à l'enquête sur l'assurance des services médicaux de la province d'Ontario, mémoire présenté à Toronto le 29 janvier 1964 (procès-verbaux) et qui adhère à la position prise par l'Association devant nous à Toronto le 16 mai 1962 (procès-verbaux, vol. 54).

i) les tranfusions de sang, au besoin[1];

j) les services dentaires quand ils sont dispensés par un dentiste à l'occasion d'une opération maxillo-faciale[2];

k) les appareils de prothèse et d'orthopédie, instruments ou aides, quand ils sont prescrits[3];

l) la physiothérapie administrée par un physiothérapiste sur l'ordre du médecin;

m) le traitement podiatrique et chiropractique, lorsqu'il est prescrit par le médecin;

n) les services d'ambulance et les modes comparables de transport des malades, sauf ceux qui sont désignés comme relevant d'un autre service de santé donnant droit à une prestation;

o) tout autre service mentionné dans un accord fédéral-provincial.

L'assurance ne devrait pas s'étendre aux services suivants:

a) soins reçus par un bénéficiaire aux termes des règlements provinciaux touchant les accidents du travail;

b) soins reçus par un bénéficiaire aux termes d'autres lois provinciales;

c) soins reçus par un bénéficiaire aux termes d'autres lois fédérales;

---

[1] Voir nos commentaires sur le Service des transfusions de sang de la Croix-Rouge au chapitre 8.

[2] Nous avons pris note de l'avis exprimé par le Collège royal des chirurgiens dentistes de l'Ontario et par l'Association dentaire de l'Ontario, dans le mémoire adressé à la Commission d'enquête sur l'assurance-médicale à propos du bill nº 163, loi concernant l'assurance médicale, à savoir que «de nombreux actes qui, sur les plans juridique et professionnel, relèvent des dentistes sont fréquemment exécutés par des médecins». On a soutenu qu'un régime qui accorderait ces services aux bénéficiaires «quand ils sont administrés par un médecin, mais qui les leur refuserait quand ils sont dispensés par un dentiste», serait à la fois «injuste et discriminatoire». (Mémoire réimprimé, dans *The Ontario Dental Association Journal,* Toronto, janvier 1964, vol. 41, p. 7.)

C'est pour deux raisons que nos recommandations exposées ci-dessus se limitent, dans le premier cas, aux services dentaires assurés par un dentiste à l'occasion d'une opération maxillo-faciale. La première, c'est le nombre extrêmement restreint de dentistes spécialisés en chirurgie buccale et la haute priorité que nous accordons au régime dentaire pour les enfants, lequel mettra vraisemblablement à forte contribution le nombre relativement limité de spécialistes de la chirurgie buccale qui exercent au Canada.

La seconde raison tient à la difficulté de définir la chirurgie buccale, pour fins administratives, sans ouvrir la voie à des réclamations à l'égard de toutes les extractions de dents et des autres opérations analogues pratiquées par des spécialistes de cette discipline. On mettra du temps et des efforts pour venir à bout des problèmes administratifs et de la pénurie de spécialistes en chirurgie buccale. C'est un domaine spécialisé où d'autres travaux de recherche devraient être entrepris en accord avec les gouvernements, les dentistes et les autres groupes intéressés en vue de résoudre les problèmes auxquels on se heurte. Les honoraires des spécialistes de la chirurgie buccale pour des services déterminés pourraient ensuite être versés aux termes d'accords fédéraux-provinciaux. (Voir la recommandation 30 (o) ci-dessus).

[3] Il faudrait inclure toutes sortes d'appareils, y compris les attelles et les chaussures de correction faites spécialement sur prescription pour les personnes qui ne peuvent trouver de chaussures ordinaires qui leur conviennent. Voir aussi la recommandation 113.

d) soins dispensés par un médecin à la suite d'un accord pour fournir ces services aux employés d'une entreprise ou aux membres d'une association;

e) frais de déplacement d'un médecin, sauf dans des circonstances expressément prévues par un accord fédéral-provincial.

31. Que le mode habituel de paiement des services médicaux dispensés par des médecins exerçant à titre privé soit le régime des honoraires, et que d'autres méthodes et combinaisons de méthodes soient mises à l'essai et adoptées si l'on juge, d'un commun accord, qu'elles sont plus appropriées.

32. Que le barème des honoraires maximums ou des autres paiements soit sans frais supplémentaires; il s'agit du barème sur lequel l'association médicale et l'organisme provincial administratif compétent se seront entendus. La loi provinciale devrait prévoir une procédure d'appel en cas de désaccord.

33. Que des subventions imputables au Régime de services de santé soient versées pour attirer des médecins vers les régions rurales.

34. Que des prêts soient accessibles, aux termes de la Loi nationale sur l'habitation, pour le financement des installations de «centres de pratique en groupe», à des conditions comparables à celles en cours dans la construction domiciliaire.

35. Que les dispositions relatives aux déductions d'amortissement à l'égard de la construction et de l'équipement de centres de pratique en groupe soient modifiées pour en permettre l'amortissement à un rythme deux fois plus rapide qu'aux termes des règlements actuels.

36. Afin d'assurer aux habitants des régions septentrionales et isolées, et d'autres régions les meilleurs soins de santé possible dans les circonstances actuelles, que des services spéciaux leur soient accessibles, y compris le transport ambulancier par air, les communications radiophoniques dans les deux sens et un plus grand nombre de postes d'infirmières et de dépôts pharmaceutiques[1].

37. Que les prestations pour les services médicaux n'entrent en vigueur que lorsque deux provinces ou plus, représentant environ la moitié de la population du Canada, auront conclu un accord pour en assurer le paiement, et lorsque la loi provinciale relative au sujet aura été proclamée.

---

[1] Nous sommes fort préoccupés de la nécessité de fournir les services de santé les plus efficaces possible dans les circonstances actuelles aux habitants des régions rurales à population clairsemée ou des régions éloignées, en particulier dans le Nord. Grâce aux organismes fédéraux, provinciaux ou religieux et à d'autres organismes privés, on a réalisé de remarquables progrès dans la lutte contre les aléas d'une géographie et d'un climat inhospitaliers, mais il reste encore beaucoup plus à faire. Dans ces régions, il nous faut tenir compte de l'évolution rapide des moyens de transport et de communication. Pour le moment, nous croyons que des communications radiophoniques dans les deux sens rendues accessibles aux habitants de ces régions permettraient à ces gens et aux infirmières en hygiène publique de consulter ou de faire venir un médecin d'un poste central. (Voir aussi le chapitre 13).

38. Que dans toutes les provinces le Collège des médecins et chirurgiens soit organisé séparément de la section provinciale de l'Association médicale canadienne, et que les pouvoirs de tous les organismes provinciaux d'homologation soient élargis pour faire en sorte que l'exercice de la médecine et de la chirurgie soit de haute qualité.

4. *Services dentaires*

Comme le révèlent les témoignages au chapitre 13, la pénurie de dentistes au Canada est si aiguë que pour le moment il est impossible de songer à un régime de services dentaires pour la population entière, si souhaitable et nécessaire puisse-t-il être. En fait, la pénurie est si grave qu'il sera difficile, nous en convenons, de mettre en œuvre les propositions que nous formulons ci-dessous. Quoi qu'il en soit, il importe de faire un premier pas et de commencer par la génération montante.

RÉGIME ORGANISÉ POUR LES ENFANTS

Il faudra mettre sur pied, dès que l'organisation et le recrutement seront complétés, un régime de traitement dentaire pour les enfants, régime faisant usage des services de dentistes et d'auxiliaires dentaires. Au cours de la première année, disons, en 1968, tous les enfants de cinq et six ans auraient droit à un examen dentaire et aux services de réfection, y compris, au besoin, le renvoi à l'orthodontiste et à d'autres spécialistes. Au cours de la deuxième année (1969), tous les enfants de quatre, cinq, six et sept ans auraient droit à ces mêmes soins et, pendant la troisième année (1970), tous les enfants de trois à huit ans. Durant chacune des années ultérieures, le groupe d'âge suivant (groupe d'un an) serait ajouté[1]. Vers 1980, tous les enfants de dix-huit ans ou moins auraient droit à ces services, et tous ceux qui atteindraient l'âge de 18 ans cette année-là auraient profité de soins dentaires réguliers pendant toutes leurs années de croissance[2]. Nous aimerions voir le régime pour les enfants introduit dans toutes les provinces simultanément, afin que la continuité du service soit assurée pour ceux qui vont d'une province à l'autre. De plus, il y aurait lieu d'encourager les provinces qui ont des ressources suffisantes à accélérer l'application de leur régime.

Nous ne nous faisons pas illusion sur les difficultés et les problèmes que cette décision fera naître. Il faudra disposer de ressources financières pour attirer au régime un fort contingent du personnel dentaire.

De plus, nous savons que la nécessité d'exclure du programme les aînés d'une famille où le cadet aura droit à ces services posera certains problèmes. Pour cette raison, nous croyons que le régime complet ne doit être

[1] Cet échelonnement est semblable à celui qu'on trouve dans la proposition formulée par l'Association dentaire canadienne dans le mémoire qu'elle a présenté à la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, 1962.

[2] Consulter le chapitre 13 pour des considérations sur l'emploi de ce service.

financé que par les fonds du gouvernement fédéral et des gouvernements provinciaux. Cela veut dire qu'il ne doit comporter aucune «prime» perçue directement à cette fin. Nous jugeons aussi ce régime si important qu'il est impossible d'attendre que les gouvernements fédéral et provinciaux se soient entendus sur un régime de santé complet dont cette prestation pourrait faire partie. Parmi toutes nos propositions ce régime doit occuper l'un des plus hauts rangs de priorité.

Si les ressources dentaires de la nation sont élargies comme nous le recommandons, on pourra peut-être envisager dans les années 1980 la possibilité d'un régime dentaire général pour la population adulte, aux termes de conventions appropriées passées avec tous les dentistes exerçant à titre privé.

La Commission recommande:

39. Que le programme national de subventions à l'hygiène soit élargi pour inclure le versement aux provinces d'une subvention à l'hygiène dentaire infantile pour dispenser des soins dentaires aux enfants de cinq et six ans durant la première année, à ceux de quatre à sept ans durant la deuxième année, et à ceux de trois à huit ans durant la troisième année, en ajoutant un an au groupe au cours de chaque année ultérieure; que la subvention soit assez généreuse pour pourvoir chaque année à au moins deux examens et aux soins évidemment nécessaires à chaque enfant.

40. Qu'une subvention à l'aménagement et à l'équipement d'installations dentaires dans les hôpitaux, les centres d'hygiène publique, les écoles ou dans d'autres centres de santé soit versée en puisant au Fonds d'expansion des installations de santé, aux fins du régime recommandé, et, au besoin, à l'équipement d'unités dentaires mobiles, la contribution fédérale devant être de 75 p. 100 du coût jusqu'à 1969 et de 50 p. 100 par la suite.

41. Que le gouvernement fédéral verse une cotisation égale, aux termes du régime de subventions nationales à l'hygiène, pour défrayer le régime, notamment pour la rémunération des dentistes employés—soit à plein temps soit périodiquement—pour diriger le travail des centres dentaires et pour assurer en permanence la surveillance des auxiliaires dentaires; pour le recrutement d'auxiliaires dentaires; pour le renvoi de cas à des spécialistes et pour le coût du fonctionnement des centres, y compris le transport du personnel et de l'équipement vers les régions éloignées. Dans les régions où aucune de ces dispositions n'est possible, il faudrait conclure une convention particulière avec des dentistes exerçant à titre privé. La rémunération des dentistes travaillant à ce régime, comme à tous les autres régimes qui nécessitent l'emploi de dentistes, doit être comparable au revenu qu'un dentiste peut retirer de l'exercice privé.

42. Que des programmes d'enseignement d'hygiène dentaire publique soient organisés et activement encouragés dans toutes les régions ou unités de santé du pays.

43. Que le Conseil de recherches en sciences de la santé établisse, dans le cadre d'un système permanent de statistique de la santé au Canada, une enquête sur l'hygiène dentaire, y compris le maintien de l'indice d'hygiène dentaire recommandé par l'Association dentaire canadienne.

44. Qu'on accorde une attention spéciale aux besoins dentaires des enfants physiquement ou mentalement handicapés, et à la fréquente nécessité de les admettre à l'hôpital pour leur administrer un traitement dentaire indispensable.

FLUORURATION

Comme nous l'avons recommandé ci-dessus, un régime dentaire pour les enfants doit être introduit sans retard. Cependant, nous l'avons dit, la pénurie de personnel dentaire est telle que nos ressources ne sauraient suffire, au cours de la présente génération, à répondre à tous nos besoins. Une seule solution pratique est possible: réduire nos besoins tout en accroissant nos ressources. Heureusement, la fluoruration, qui a maintenant fait ses preuves et qui consiste à ajouter une quantité contrôlée de fluorure à l'eau potable, s'attaque à la source même du mal et réduit sensiblement l'incidence de la carie dentaire. Nous avons entendu les dépositions de la profession dentaire et nous avons examiné d'autres témoignages, y compris le rapport approfondi et concret de la Commission ontarienne de la fluoruration[1]. Les données recueillies pendant plus de 30 ans attestent que si elle est judicieusement contrôlée la fluoruration est efficace, peu coûteuse et sûre. Là où l'on y a eu recours[2], les épargnes réalisées au chapitre des soins dentaires ont été impressionnantes; de sorte que la diminution des souffrances humaines a été aussi considérable.

La Commission recommande:

45. Que toutes les canalisations communautaires d'eau potable au Canada soient immédiatement équipées pour fournir, et qu'effectivement elles fournissent le degré approuvé de fluorure.

46. Que le gouvernement fédéral verse aux provinces, en puisant au Fonds d'expansion des installations de santé, une subvention de 75 p. 100 du coût d'équipement et d'installation d'un dispositif de fluoruration de l'eau potable.

---

[1] Rapport de la Commission d'enquête sur la fluoruration des canalisations municipales d'eau potable, Toronto, 1961.

[2] Au Canada, l'eau fluorurée était accessible à environ 3,800,000 personnes, soit environ 20 p. 100 de la population, en 1963. Voir les Débats de la Chambre des communes, Ottawa, 23 mars, 1964.

47. Que le Conseil de recherches en sciences de la santé entreprenne des recherches et des études pour déterminer l'efficacité de la fluoruration et du régime dentaire pour les enfants.

48. Que le gouvernement fédéral procède immédiatement à la fluoruration de toutes canalisations d'eau dans les régions ou les institutions relevant de sa compétence, c'est-à-dire dans les Territoires, dans les cantonnements des forces armées où logent des enfants, et ainsi de suite.

49. Que, dans les régions rurales qui n'ont pas de canalisation communautaire, les responsables de la santé publique avisent aux moyens de répondre aux besoins de fluorure[1].

RÉGIME D'HYGIÈNE DENTAIRE MATERNELLE

Il existe, croyons-nous, un troisième domaine pour lequel le public manifeste un intérêt exceptionnel. C'est celui des soins dentaires aux femmes enceintes. La grande fréquence des troubles dentaires pendant la grossesse est bien connue. La Commission est d'avis que, dès que le personnel dentaire aura été accru par l'établissement de nouvelles écoles d'art dentaire, il y aurait lieu d'accorder une attention spéciale à ce secteur de la population.

La Commission recommande:

50. Qu'un régime de soins dentaires pour femmes enceintes, y compris les services de dentistes exerçant à titre privé, soit introduit dans le cadre du régime de services de santé en 1971, ou dès que l'on jugera le personnel dentaire suffisant pour répondre aux besoins.

RÉPARTITION DES DENTISTES

Abstraction faite de la pénurie générale dont souffre le Canada, il existe dans les petites villes, les villages et les régions rurales une pénurie aiguë de dentistes qui donne lieu aux problèmes les plus graves. Il importe que les ministères provinciaux de santé publique et que les régions sanitaires mettent leurs ressources en commun pour attirer des dentistes vers ces endroits au moyen de subventions spéciales. Celles-ci peuvent revêtir diverses formes: traitement de base, installation matérielle de bureau, équipement d'unités mobiles, habitation, transport, et autres.

La Commission recommande:

51. Que des subventions imputables au régime d'octrois pour l'hygiène dentaire infantile soient utilisées pour attirer des dentistes vers les

[1] La Commission reconnaît que les solutions de rechange actuellement accessibles sont à la fois plus coûteuses et moins efficaces que la fluoruration des provisions d'eau.

régions rurales et que, là où la population est trop clairsemée pour motiver la présence d'un dentiste à demeure, on avise aux moyens d'introduire des unités dentaires mobiles, et que des avantages spéciaux soient offerts pour attirer des spécialistes dentaires vers les centres d'importance moyenne.

SOINS DENTAIRES AUX BÉNÉFICIAIRES DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

Plusieurs provinces ont résolu le problème des soins dentaires aux bénéficiaires de l'assistance publique en établissant un régime de soins dentaires de secours. Le bénéficiaire a droit aux soins (y compris, au besoin, les dentiers) des services externes d'un hôpital, d'un centre dentaire d'hygiène publique ou d'un dentiste privé, soit gratuitement, soit contre le paiement d'une partie des honoraires habituels. Nous croyons que toutes les provinces devraient introduire un régime semblable, et que le gouvernement fédéral devrait verser une subvention de 50 p. 100, comme il le fait pour les autres formes d'assistance publique, à condition que les provinces prennent les mesures voulues pour garantir des normes appropriées de service.

La Commission recommande:

52. Que toutes les provinces établissent un régime approprié de soins dentaires pour tous les bénéficiaires de l'assistance publique et des personnes à leur charge.

53. Que la moitié du coût du régime soit assumée par le gouvernement fédéral dans le cadre du Régime de services de santé.

DÉPARTEMENTS DENTAIRES DES HÔPITAUX

Certains hôpitaux du Canada et d'autres pays ont pu se rendre compte que la possibilité de dispenser des soins dentaires à certaines gens à l'hôpital même comporte incontestablement d'importants avantages. Parmi ces gens figurent les personnes qui doivent se faire extraire plusieurs dents sous anesthésie générale, d'autres qui sont là pour le traitement de graves infections de la bouche et des mâchoires, ou pour la réduction de fractures multiples; il y a aussi les personnes physiquement et mentalement handicapés. Le concours d'une équipe composée d'un spécialiste de la chirurgie buccale, d'un orthodontiste, de médecins ou de dentistes spécialisés et d'un personnel paramédical permettrait de réaliser des progrès importants. La Commission est convaincue que tous les grands hôpitaux non encore pourvus d'un tel service devraient maintenant établir un département de dentisterie.

La Commission recommande:

54. Que tous les grands hôpitaux généraux établissent et équipent aussitôt que possible un département de dentisterie pour les malades hospitalisés aussi bien que pour les non-hospitalisés.

55. Qu'un directeur du service dentaire soit désigné dans ces hôpitaux.

56. Que des dentistes qualifiés soient intégrés au personnel de l'hôpital.

57. Que des centres de traitement des becs-de-lièvre soient établis dans les hôpitaux d'enfants et dans les hôpitaux généraux qui possèdent déjà les services pédiatriques et connexes appropriés[1].

5. *Services d'ordonnances*

Étant donné le coût élevé d'un grand nombre de nouveaux médicaments vitaux, fortifiants, analgériques et prophylactiques, la Commission a conclu que le Régime des services de santé devrait être étendu aux ordonnances[2]. De plus, les décisions concernant l'étendue et l'ordre de priorité de cette prestation devraient relever des provinces, mais son intégration au régime devrait être l'un des premiers objectifs du Parlement du Canada.

Dans le domaine des services de santé, on trouve peu d'exemples d'un intérêt et d'une inquiétude aussi prononcés que ceux que manifeste en ce moment la population pour les médicaments, pour leur fabrication et leur distribution. Des enquêtes officielles étant déjà en cours ou en perspective, la Commission n'a pas procédé elle-même à un examen minutieux de l'industrie des médicaments. Elle a eu sous les yeux, cependant, une multitude d'études importantes, de procès-verbaux d'audiences législatives et de mémoires détaillés[3]. Tous ces textes soulignent à la fois la complexité du problème et la nécessité de rechercher les moyens de mettre les médicaments essentiels à la portée du public et à des prix abordables. Ce n'est pas par hasard que l'intérêt public a augmenté en raison directe de l'efficacité de la pharmacothérapie et du coût élevé de beaucoup de médicaments, surtout les

---

[1] Association dentaire canadienne, *op. cit.*

[2] Médicaments prescrits par des médecins habilités.

[3] Directeur des enquêtes et des recherches, Loi des enquêtes sur les coalitions, documentation recueillie pour être soumise à la Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce, lors d'une étude menée en vertu de l'article 42 de la Loi des enquêtes sur les coalitions, et concernant *La fabrication, la distribution et la vente de médicaments,* Ottawa, ministère de la Justice, 1961.

Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce, *Rapport concernant la fabrication, la distribution et la vente de médicaments,* Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1963. Assemblée législative de l'Ontario, Comité spécial chargé de faire enquête sur le coût des médicaments, *Proceedings of Hearings of Select Committee on Drugs,* Toronto, juin 1960. Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce, Audiences au sujet d'une étude menée en vertu de l'article 42 de la Loi des enquêtes sur les coalitions, et concernant la fabrication, la distribution et la vente de médicaments, 1961.

Association des pharmaciens du Manitoba, et gouvernement du Manitoba, *Report of the Joint Committee on the Retail Structure of Drug Prices in Manitoba,* Winnipeg, 1961.

Audiences devant le *Subcommittee on Antitrust and Monopoly of the Committee on the Judiciary United States Senate,* 87e congrès, première session (*S. Res. 52 on S. 1552*), Washington, Bureau d'impression du gouvernement des États-Unis, 1961.

Chambre des communes, Comité spécial des aliments et des drogues, *Procès-verbaux,* décembre 1962 à février 1963, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1963.

Mémoires présentés par l'Association des pharmaciens du Canada, l'Association des fabricants de produits pharmaceutiques du Canada, le gouvernement du Manitoba, le gouvernement de l'Alberta, et d'autres, à la Commission royale d'enquête sur les services de santé.

plus efficaces. Les dépenses globales affectées aux médicaments équivalent à 95 p. 100 des sommes consacrées aux services médicaux, et les ordonnances représentent environ 43 p. 100 des dépenses médicales[1].

Tout en reconnaissant que la fabrication et la vente de médicaments au Canada sont du domaine de l'entreprise privée, nous n'hésitons pas à dire que l'intérêt public est primordial. Quand nous parlons de l'accessibilité d'un grand nombre de médicaments spécifiques, c'est aux vies humaines et à la santé publique que nous songeons.

Ou l'industrie verra d'elle-même à mettre ces produits sur le marché au plus bas prix possible ou il faudra que le gouvernement introduise les organismes et les rouages nécessaires à cette fin. Il faut éviter de confondre la distribution des médicaments indispensables avec celle des cosmétiques et des articles divers.

Les gouvernements fédéral et provinciaux devront sans aucun doute s'attaquer sur bien des fronts à la fois au problème de la diminution des frais de distribution; et certaines de ces mesures n'ont pas besoin d'attendre que les médicaments aient été intégrés au Régime de services de santé.

Dans l'administration du régime, il sera nécessaire que les commissions de services de santé et que les associations de pharmaciens de chacune des provinces s'entendent sur un prix uniforme et sur un barème d'honoraires pour toutes les ordonnances. De plus, de l'avis de la Commission, il serait fort souhaitable qu'on exige une cotisation de l'acheteur pour chaque ordonnance; la Commission suggère que la cotisation soit d'un dollar par ordonnance. Si le détaillant désire réduire le prix régulier de l'ordonnance, ce qui abaisserait d'autant la contribution de l'acheteur, il devrait être libre de le faire.

Nos recommandations relatives aux médicaments comportent aussi certaines propositions qui pourraient être mises en œuvre et dont on pourrait récolter les fruits avant que les ordonnances soient intégrées au régime[2].

La Commission recommande:

58. Que le gouvernement fédéral verse des subventions aux provinces (50 p. 100 du coût du régime) pour l'addition d'une prestation pharmaceutique au Régime de services de santé.

59. Que dans le cas de la prestation pharmaceutique, l'on exige de l'acheteur de chaque ordonnance une cotisation d'un dollar, sous réserve du rabais que le détaillant peut offrir. Cette cotisation ne devrait pas être applicable aux médicaments requis dans le cas d'un traitement prolongé.

60. Que la quantité prévue pour chaque ordonnance soit celle correspondant aux normes reconnues de bonne pratique médicale, compte

[1] Données relatives à 1961. Voir chapitre 9.

[2] Les données sur lesquelles nos recommandations se fondent sont commentées aux chapitres 9, 16 et 17.

tenu de la marge nécessaire pour assurer une dose suffisante, mais sans gaspillage. De plus, il y aurait lieu de réexaminer périodiquement le mode de prescription des ordonnances afin de déterminer s'il y a des abus et quelle en est l'étendue, et afin d'apporter les changements appropriés aux règlements quant à la quantité de médicaments payés aux termes du régime.

61. Que les fonctions du Comité consultatif des médicaments, chargé de conseiller le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, soient élargies et qu'on ajoute au personnel de cet organisme des représentants de l'Association médicale canadienne, de l'Association des médecins de langue française du Canada, de l'Association des pharmaciens du Canada, de l'Association des hôpitaux canadiens, des Écoles provinciales de pharmacie, des Collèges provinciaux de pharmacie et des ministères provinciaux de la Santé.

62. Que la Direction des aliments et des drogues, avec le concours du Comité consultatif, prépare et publie un Formulaire pharmaceutique national qu'on verra à maintenir à jour. Ce Formulaire ne comprendrait que les médicaments satisfaisant aux prescriptions de la Direction, ce qui consacrerait leur reconnaissance à titre de médicaments donnant droit à la prestation pharmaceutique, car l'un des buts de cette initiative est de réduire le coût des ordonnances[1]. Nous recommandons que l'on crée une procédure d'appels pour l'examen des demandes rejetées, et un Service d'information chargé de publier des bulletins périodiques contenant les renseignements les plus récents sur les médicaments et la pharmacothérapie, et destinés aux médecins, aux pharmaciens et aux hôpitaux.

63. Que le budget de la Direction des aliments et des drogues au ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, soit accru pour lui permettre de recruter et de former le personnel dont il a besoin pour s'acquitter des fonctions et des obligations supplémentaires qu'il devra nécessairement assumer.

64. Que dans l'application des dispositions de la Loi de l'impôt sur le revenu des sociétés aux fabricants, importateurs et distributeurs de médicaments, on envisage la possibilité d'établir un maximum de 15 p. 100 du chiffre global des ventes pour frais déductibles au titre de la réclame, des démarcheurs et d'autres dépenses analogues[2].

65. Que la taxe fédérale de vente soit supprimée pour tous les médicaments énumérés dans le Formulaire.

---

[1] Voir chapitre 16.

[2] Cette recommandation diffère sur deux points de celle qu'a formulée la Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce:

(1) L'industrie des médicaments *est* différente des autres en ce que ses produits sont indispensables à la santé, voire à la vie.

(2) Le gros des médicaments destinés à la consommation canadienne est fabriqué par des sociétés non canadiennes.

66. Que l'article 19 de la Loi sur les brevets, qui reconnaît le droit à la Couronne au nom du gouvernement du Canada de se servir «en payant au breveté, pour l'usage de l'invention, une somme que, dans un rapport, le commissaire estime être une indemnité raisonnable», que cet article donc soit étendu aux gouvernements provinciaux et à leurs organismes.

67. Que l'article 41 (3) de la Loi sur les brevets soit modifié pour étendre aux importations le régime de l'autorisation obligatoire de permis. La qualité des médicaments importés devrait être garantie

a) par un examen obligatoire en vue d'établir si les médicaments répondent aux prescriptions de la Direction des aliments et des drogues, et

b) par des vérifications continues des quantités importées.

68. Que le gouvernement fédéral envisage la possibilité de retarder de cinq ans l'application d'une proposition de la Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce recommandant que les brevets pour les médicaments soient abolis, afin de vérifier si les solutions de rechange exposées ci-dessus pourraient donner les mêmes résultats.

69. Que les dispositions et les formalités administratives concernant la remise de permis obligatoires par le Commissaire des brevets soient remaniées pour supprimer les retards inutiles dans les cas où la décision est affirmative[1]. Pour accélérer la procédure et pour encourager les requérants sérieux, il y aurait lieu de pourvoir à une redevance uniforme composée d'un droit fixe acquitté au moment de la demande et d'un pourcentage des ventes pendant la durée du permis[2].

70. Que la Loi sur les marques de commerce soit modifiée (article 20) de façon qu'il soit bien entendu qu'aucune accusation d'empiètement ne peut être portée lorsque les médicaments importés sont fabriqués par une société «apparentée».

71. Que la Commission canadienne de tarif soit invitée à reviser les droits douaniers afin de déterminer quels sont ceux qu'il y aurait lieu de réduire ou de supprimer pour les médicaments importés figurant dans le Formulaire national.

---

[1] Nous reprenons ici une recommandation déjà faite par la Commission royale d'enquête sur les brevets, les droits d'auteur et les dessins industriels et par la Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce.

[2] Une ordonnance récente de la *Federal Trade Commission* des États-Unis supprimant les restrictions commerciales illicites à l'égard de la composition et de la vente de la tétracycline, oblige à céder à tous les requérants nationaux un permis aux termes des brevets pertinents, tous les requérants pouvant être tenus de verser $2,500 au moment de la remise du permis, somme qui doit être appliquée aux redevances futures, lesquelles ne doivent pas dépasser 2½ p. 100 des ventes nettes de tétracycline du détenteur. *Commerce Clearing House, Inc.*, (*Trade Regulations Reports*, Washington, (D.C.), 1964, p. 21600).

72. Que dans l'application des règlements «anti-dumping» à l'égard des médicaments, le ministre du Revenu national ait le pouvoir discrétionnaire de fixer la «valeur marchande» à des niveaux plus bas[1] que ceux que donne la formule actuelle, afin de contribuer ainsi à réduire le prix de ces produits.

73. Que le gouvernement du Canada, aidé du Comité consultatif des médicaments et conjointement avec l'industrie des produits pharmaceutiques et les gouvernements provinciaux qui désirent y apporter leur concours, fasse entreprendre une étude sur la possibilité d'introduire un programme de réduction volontaire des prix des médicaments au Canada, programme qui serait mis à l'essai pendant une période de cinq ans.

74. Que les gouvernements provinciaux envisagent l'idée d'autoriser les pharmaciens, par une mesure législative[2], à utiliser, dans l'exécution d'ordonnances, un médicament ou une combinaison de médicaments qui soit l'équivalent non breveté du médicament que mentionne l'ordonnance, à moins que le médecin ne l'interdise expressément.

75. Que des programmes éducatifs soient organisés par la Direction des aliments et des drogues, par les professions médicale et pharmaceutique, et par les organismes provinciaux de santé publique afin de créer un climat de meilleure compréhension et de plus étroite collaboration parmi les médecins et les pharmaciens au sujet du prix des médicaments, et de la mention des noms propres sur leurs ordonnances toutes les fois que c'est possible.

76. Que les universités renforcent les cours de pharmacologie que leurs facultés de médecine et de pharmacie donnent aux étudiants en médecine, en étendant l'instruction de ces derniers à l'aspect économique des ordonnances, y compris l'examen du coût comparatif des médicaments qui ont une qualité et une efficacité thérapeutique équivalente; en offrant aux médecins des cours de perfectionnement de courte durée en pharmacologie; et en participant avec eux à des études para-universitaires sur des sujets comme l'évaluation et la thérapeutique.

77. Que le gouvernement fédéral confie à un même organisme tous ses achats de médicaments.

78. Que les provinces soient encouragées à acheter les médicaments en grosse quantité pour tous les hôpitaux et les organismes publics, et que toutes les soumissions pour médicaments soient fondées, quand cela est possible, sur des descriptions précises des éléments du produit pharmaceutique.

---

[1] La Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce a déclaré «que, à l'égard des médicaments contrôlés et en particulier des antibiotiques et des tranquillisants, les règlements concernant les droits de dumping peuvent parfois accroître le coût à payer par certains importateurs canadiens sans assurer de protection véritable aux fabricants canadiens». Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce, *op. cit.*, p. 507.

[2] Analogue à la législation actuellement en vigueur en Alberta, chapitre 16.

79. Que les pharmacies des hôpitaux soient autorisées, sous la direction d'un pharmacien habilité, à fournir sur ordonnance des stupéfiants et des médicaments contrôlés, aux termes de la Loi sur les aliments et les drogues et de la Loi sur les stupéfiants.

80. Que le gouvernement fédéral augmente sensiblement les subventions de recherche du Conseil de recherches en sciences de la santé aux universités et à d'autres institutions non professionnelles, afin de faciliter la découverte de nouveaux médicaments et pour améliorer les médicaments déjà existants au Canada. Dans le cas de découvertes brevetables, la Couronne devrait en être propriétaire.

81. Que la Division de la recherche et de la statistique au ministère de la Santé nationale et du Bien-être social fasse une analyse continue du prix de revient des médicaments et qu'elle en publie les résultats. Ces études:

a) faciliteraient la remise obligatoire de permis aux termes de la Loi sur les brevets concernant les médicaments qui doivent être fabriqués au Canada;

b) faciliteraient la remise obligatoire de permis concernant les médicaments qui doivent être importés au Canada;

c) simplifieraient la revision, par la Commission canadienne du tarif, des tarifs relatifs aux médicaments;

d) aideraient le Directeur des enquêtes et des recherches dans l'application de la Loi des enquêtes sur les coalitions;

e) aideraient les organismes publics, aux niveaux fédéral et provincial, à demander des soumissions relatives aux médicaments;

f) aideraient les gouvernements fédéral et provinciaux à élaborer un programme de fiscalité et d'achat sur les médicaments;

g) faciliteraient aux fabricants et aux distributeurs de médicaments la comparaison entre leurs prix de revient et ceux de leurs rivaux et, au besoin, stimuleraient la concurrence;

h) renseigneraient le grand public sur les divers éléments qui entrent dans le coût et le prix des médicaments;

82. Que la Division de la recherche et de la statistique au ministère de la Santé nationale et du Bien-être social collabore avec le Bureau fédéral de la statistique à l'établissement de données plus complètes et plus à jour sur le coût des stocks de médicaments qui se vendent sur ordonnance ou librement, et sur les dépenses qui y sont consacrées.

6. *Services d'optique*

Les troubles visuels comptent parmi les affections les plus fréquentes au Canada. C'est chez les vieillards que ce problème est le plus grave, mais la négligence à dépister ces anomalies et à y remédier tôt chez les enfants peut avoir de fâcheuses répercussions sur leur vie entière.

Avant de décider la création d'un programme public complet de soins oculaires à une date déterminée, il faut tenir compte du stade de l'évolution de la technique (c'est-à-dire du bagage de connaissances et des moyens scientifiques) et faire l'inventaire des ressources et des aptitudes dont disposent les praticiens pour le diagnostic et le traitement.

On peut dire que la découverte de vices de réfraction et que leur correction au moyen de lunettes représentent la première étape dans l'évolution des services d'optique au cours des siècles. De fait, de nos jours encore, le particulier peut choisir lui-même ses lunettes chez le détaillant; beaucoup de gens peuvent encore évoquer le souvenir du colporteur de lunettes.

La technique de la réfraction, qui permet au «réfractionniste» expérimenté de mesurer scientifiquement l'amétropie et de prescrire avec exactitude les verres correcteurs marque une étape plus avancée. Pour la majorité de ceux qui ont besoin de lunettes, cette simple intervention peut suffire, parce que l'œil est sain.

La troisième étape de cette évolution technique est caractérisée par le diagnostic d'un état pathologique et d'autres anomalies qui peuvent ou non se rattacher à un vice de réfraction et qui, de fait, peuvent révéler des troubles pathologiques ailleurs que dans l'œil, troubles qu'il faut traiter par des actes médicaux et chirurgicaux.

C'est à ce troisième stade que les plus grands progrès ont été réalisés ces derniers temps, à la fois sur le plan du diagnostic et sur celui du traitement; on peut supposer que si les recherches et les expériences se continuent, ce bagage de connaissances et cette diversité des méthodes continueront de s'enrichir. Le point essentiel ici, c'est que l'écart entre les techniques de la deuxième et de la troisième étapes deviendra de plus en plus marqué.

Cet écart qui va s'élargissant est important parce que chacun des deux derniers stades de l'évolution est représenté par un groupe particulier de praticiens.

1. Les ophtalmologistes, qui sont des spécialistes médicaux, ont qualité non seulement pour diagnostiquer les vices oculaires de réfraction et pour prescrire des lunettes, mais, et ceci est plus important, ils sont aussi habilités à diagnostiquer et à traiter, par des moyens médicaux et chirurgicaux, les maladies et les autres imperfections de l'œil.

   On compte au Canada environ 600 ophtalmologistes médicalement habilités; ils se répartissent en trois catégories:

   a) les ophtalmologistes spécialisés dans le traitement des yeux et dont la formation dure dix ou onze ans;

   b) un groupe d'ophtalmologistes aussi habilités en otorhino-laryngologie (spécialistes des yeux, du nez et de la gorge);

   c) un certain nombre d'omnipraticiens qui exercent l'ophtalmologie.

2. Les optométristes, dont la compétence se limite principalement aux défauts visuels que l'examen de réfraction permet de dépister et auxquels on peut obvier par la prescription de verres correcteurs.

Les optométristes, qui sont au nombre d'environ 1,500 au Canada, suivent un cours de formation de quatre ans après le certificat de 13e année; le fait qu'ils se désignent eux-mêmes sous le nom de «réfractionnistes» donne une bonne idée de la nature de leur formation et de leur compétence.

Les associations professionnelles des deux groupes estiment qu'il y a pénurie de personnel; de fait, en dépit de l'accroissement démographique, il y avait moins d'optométristes en 1960 qu'en 1955 dans toutes les provinces, sauf dans deux de celles-ci.

3. Le troisième groupe qui dispense des soins oculaires est celui des opticiens qui, sur ordonnance, préparent les verres et vendent les lunettes.

La Commission est convaincue que les soins oculaires, surtout pour les enfants, doivent occuper un haut rang de priorité comme secours dans un régime complet de santé. Cependant, à cause des thèses opposées qu'on lui a soumises, il lui a fallu étudier le rôle respectif des ophtalmologistes et des optométristes.

Il convient de faire remarquer que, bien que tous les régimes d'assurance patronisés par la profession médicale comportent des prestations pour les soins médicaux et chirurgicaux administrés par des ophtalmologistes, la ligne de conduite quant au paiement des examens de réfraction pratiqués par un ophtalmologiste varie d'un régime à l'autre. Deux des régimes les plus importants versent des prestations à cette fin; la plupart des autres n'en versent pas. Aucun ne paie les optométristes.

Aux termes du régime général recommandé pour les services médicaux, les soins médicaux et chirurgicaux dispensés par les ophtalmologistes seraient automatiquement inclus.

Il est évident qu'il n'y a pas assez d'ophtalmologistes pour dispenser des services complets, y compris les examens de réfraction, à la population entière. En conséquence, il faut déterminer le rôle que joueront les optométristes dans le cadre du régime, s'ils y sont inclus.

Le fait qu'un patient visite un optométriste permet de conclure qu'il présente un ou plusieurs symptômes qu'il attribue à des troubles oculaires. Dans la majorité des cas, l'œil est sain, bien que des verres correcteurs puissent être nécessaires pour obvier à un défaut visuel.

Ces cas n'ont rien d'inquiétant. Le problème en cause naît de notre préoccupation du sort de ces malades dont les symptômes sont la manifestation de troubles pathologiques de l'œil ou d'une affection organique qui n'est peut-être pas assez évidente pour être dépistée par un optométriste, fût-il le plus expérimenté.

L'optométriste n'est pas médicalement qualifié. Il n'a pas étudié la pharmacologie; étant donné que la loi lui interdit l'usage des médicaments, il ne peut se servir d'un cycloplégique (médicament qui dilate la pupille) pour procéder à une exploration oculaire assez complète pour dépister avec certitude la présence de nombreux états pathologiques. Cet emploi du cyclo-

plégique est encore plus indispensable dans le cas des enfants que des adultes. Les cours actuels des deux écoles d'optométrie du Canada dispensent maintenant une bonne formation en optique et dans la technique des explorations de réfraction. On y enseigne aussi les principes fondamentaux de l'anatomie, de la physiologie et de la pathologie. Pour la Commission, il s'agit de déterminer si cet enseignement est poussé assez loin.

Bien que nous ayons été impressionnés par l'importance que les optométristes attachent dans leur mémoire à leur obligation de référer au médecin les troubles qu'ils dépistent lorsque ceux-ci dépassent leur compétence, nous l'avons été tout autant en constatant que la proportion des cas exigeant le diagnostic et le traitement médical dépistés par les ophtalmologistes est plus élevée que la proportion des cas renvoyés au médecin par les optométristes.

Les optométristes rapportent qu'en moyenne 4.4 p. 100 de leurs clients sont renvoyés à des ophtalmologistes ou à d'autres médecins, mais les données accessibles indiquent que, pour l'ensemble de la population, l'incidence des affections oculaires ou des maladies dépistées par l'exploration des yeux est d'environ 5 p. 100. De toute évidence, ceux qui ont recours aux services de l'optométriste forment un groupe distinct chez qui l'incidence doit être beaucoup plus élevée que 5 p. 100.

Les ophtalmologistes ont constaté que près de la moitié des clients qui les consultent pour un trouble de réfraction sont atteints d'une affection oculaire connexe et que près de 13 p. 100 souffrent d'une maladie générale qui se répercute dans les yeux[1].

On ne peut passer cet écart sous silence, qu'il soit ou non aussi prononcé que l'indiquent les sondages. Ce qui est plus grave, nous l'avons dit, c'est que, par suite de la découverte continuelle de méthodes nouvelles et améliorées de diagnostic, une proportion de plus en plus élevée d'états graves et d'affections dépistables dans l'œil échappera aux optométristes, alors que ces cas auraient pu être reconnus par des ophtalmologistes.

Sans aucun doute, il arrive effectivement que des optométristes dépistent la présence d'un état pathologique qui aurait pu échapper à un médecin.

---

[1] Transcription du mémoire de la Société canadienne des ophtalmologistes. E. Sydenstricker et R. H. Britten, *The Physical Impairments of Adult Life,* Résultats généraux d'une étude statistique des examens médicaux effectuée par le *Life Extension Institute* et portant sur des examens médicaux subis depuis 1921 par 100,924 hommes de race blanche détenant des polices d'assurance-vie. Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, et Bureau fédéral de la statistique, *American Journal of Hygiene,* 1930, vol. II, pp. 73-94 La maladie et les soins de santé au Canada, *Enquête sur la maladie au Canada,* 1950-1951, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1960, tableau 3, page 100.

H. L. Blum, H. B. Peters et J. W. Bettman, *Vision Screening for Elementary Schools, The Orinda Study,* Berkerley Presses de l'Université de Californie, 1959.

M. H. Levine, M. D. Smith, J. S. Kitching, *Study of Vision Testing Procedures; Delta Secondary School, 1951-1952,* ministère de la Santé, Division des services d'hygiène scolaire, 1952, Hamilton (Ontario), étude inédite.

L'Association des opticiens *A Statistical Survey of 56,122 Case Records of Employees in Royal Ordnance Factories Examined by Ophtalmic Opticians, 1943-1946,* London, L'Association, 1947.

I. Baker, *A Statistical Study of Optometric Patients* dans *Canadian Journal of Optometry,* vol. 23, décembre, 1961, pp. 81-86. G. F. Kintner, *Optometry's Role in Health Maintenance-A Study of Referrals,* dans *American Journal of Public Health,* vol. 51, novembre 1961, pp. 1688-1693.

L'expérience humaine étant ce qu'elle est, ces cas sont inévitables. Mais ce qui préoccupe la Commission, c'est que les états qui peuvent le plus vraisemblablement échapper à un optométriste comptent précisément parmi ceux qui ont les effets les plus néfastes. La perte de la vue a des conséquences tellement graves qu'il importe, à notre avis, de ne rien négliger pour éliminer tous les éléments de risque.

En cherchant à sortir de ce dilemne, il faut tenir compte de certains facteurs:

1. Toute proposition visant à limiter l'assurance relative aux soins d'optique, dans le cadre du Régime de services de santé, aux seuls ophtalmologistes serait absolument chimérique, étant donné la pénurie de ces spécialistes et la longue durée de leur formation. Il importe d'y inclure les optométristes et de relever leurs normes professionnelles.
2. Comme nous croyons que les écoles d'optométrie n'assurent pas une formation suffisante pour le dépistage des états oculaires pathologiques, deux solutions se présentent:
   a) La nécessité de dispenser, dans le cadre du programme actuel de formation, des cours plus poussés en anatomie, en physiologie, en pathologie et dans l'emploi de cycloplégiques. Ces cours devraient être confiés à des professeurs qualifiés des écoles de médecine. Cependant, le problème ne sera résolu que pour les optométristes qui obtiendront leur diplôme après la mise en vigueur de notre recommandation, c'est-à-dire vers 1968.
   b) La nécessité d'offrir aux optométristes actuellement pratiquant des cours d'anatomie, de physiologie, de pathologie et d'emploi des cycloplégiques, aux termes de programmes d'enseignement permanent dans les écoles de médecine ou d'optométrie, donnés par des professeurs qualifiés des écoles de médecine. La collaboration de la profession médicale est absolument nécessaire à cet enseignement; un refus de relever les normes de l'optométrie ne saurait être toléré ni de sa part ni de la part du corps enseignant des écoles de médecine. L'objectif doit être la formation d'optométristes dûment qualifiés exerçant leur profession véritable, au lieu de compter sur la vente de montures et d'autres articles comme principale source de revenu.
3. D'excellents arguments militent en faveur de l'emploi d'optométristes dans les «centres d'optique» ou les «centres d'exercice groupé», sous la direction générale d'ophtalmologistes, suivant leur genre d'emploi actuel dans les services médicaux des Forces armées du Canada. Ce genre d'exercice dissiperait nos inquiétudes quant au danger d'un examen diagnostique incomplet; il nous semble représenter une coordination très efficace des capacités techniques.
4. Dans la mise au point d'un régime d'assurance relatif aux soins oculaires, le coût des lunettes occupe une place importante. On dira

peut-être, et nous le croyons sincèrement, que ce coût représente une dépense relativement modique qui ne revient pas fréquemment, et que les intéressés, sauf les bénéficiaires de l'assistance publique, peuvent assurément payer eux-mêmes, soit au comptant soit par versements. D'autre part, la vue est un organe si précieux pour l'enfant qui grandit qu'à notre avis ces arguments ne sont pas valables dans le cas des enfants.

Nous croyons que l'assurance relative aux soins oculaires pour les enfants doit être complète. Plus tard, on pourra songer à fournir des lunettes à tous les adultes qui en ont besoin. D'ici là, cette prestation devrait se limiter aux enfants et aux bénéficiaires de l'assistance publique.

La Commission recommande:

83. Que le Régime de services de santé s'étende aux soins oculaires (mais non aux lunettes) pour tous les assurés.

84. Que les services de diagnostic continuent d'être dispensés par des médecins dûment habilités.

85. Que les examens de réfraction soient pratiqués par les ophtalmologistes, les autres médecins qualifiés, les optométristes diplômés en 1968 ou plus tard, ainsi que par les optométristes qui, avant 1967, auront fréquenté les cours supplémentaires recommandés d'anatomie, de physiologie, de pathologie et d'emploi des cycloplégiques.

86. Que les écoles d'optométrie s'affilient aux universités des villes où elles sont situées et que les départements concernés de l'École de médecine assument la responsabilité des cours d'anatomie, de physiologie, de pathologie et d'emploi des cycloplégiques. Il y aurait lieu d'offrir des cours spéciaux en ces matières aux optométristes actuellement en exercice, afin que tous ceux qui le désirent puissent se qualifier pour participer au régime. Les frais de scolarité, de déplacement et de subsistance, assumés par les optométristes fréquentant ces cours, devraient être déductibles aux fins de l'impôt sur le revenu.

87. Qu'on fournisse gratuitement aux enfants, y compris les adolescents jusqu'à l'âge de 18 ans, des lunettes de qualité (monture et verres) et de prix uniformes (mais non nécessairement de modèle uniforme), mais qu'on exige un paiement partiel du tiers si les lunettes doivent par la suite être remplacées pour avoir été perdues ou cassées.

88. Qu'on prélève aussi une cotisation du tiers pour toute paire de lunettes fournie à un adulte bénéficiaire de l'assistance publique.

89. Qu'on fasse des offres attrayantes pour attirer un plus grand nombre d'ophtalmologistes vers de plus petits centres de population.

90. Que des centres spécialisés de diagnostic des affections oculaires graves soient établis dans tous les grands centres de population.

91. Que, pour accroître nos ressources actuellement limitées dans le domaine des soins d'optique, les ophtalmologistes et les optométristes songent à mettre en commun leurs connaissances spécialisées et à unir leurs efforts par diverses formes d'exercice en groupe.

92. Que la direction des services provinciaux de santé prenne des dispositions spéciales en vue de l'achat en grosse quantité—au moyen de soumissions—de montures, de lunettes et de verres.

93. Que le Conseil de recherches en sciences de la santé accorde une haute priorité aux subventions de recherche sur tous les aspects de l'ophtalmologie.

94. Que dans le cadre d'un programme accéléré de sept ans, des subventions spéciales de formation professionnelle de $5,000 par année soient accordées aux médecins qui entreprennent des études post-universitaires en ophtalmologie.

7. *Services hospitaliers*

(La Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques)

Comme nous l'avons indiqué au chapitre 10, la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques de 1957 tire son origine des recommandations formulées par le comité spécial de la sécurité sociale de la Chambre des communes (1943-1944) pour qui l'assurance-hospitalisation et les services de diagnostic devaient figurer parmi les avantages d'un régime complet de services de santé.

Si la Loi de 1957 a été adoptée, c'est grâce à une entente entre le gouvernement fédéral et la majorité des provinces, à la conférence fédérale-provinciale de 1955, et lors des rencontres subséquentes entre les ministres fédéraux de la Santé et des Finances et leurs homologues provinciaux. Ainsi que le révèlent les procès-verbaux, c'est principalement sur la nécessité d'établir des services externes avant les services internes ou en même temps que les deux paliers de gouvernement sont tombés d'accord[1]. Vu les études que nous avons faites et les témoignages que nous avons entendus, nous estimons que cette attitude est tout à fait justifiée.

Au chapitre 10, il sera question également des autres grands principes sur lesquels reposent les dispositions de la Loi de l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques. Les principales dispositions visent l'universalité du régime, les conditions régissant la prestation des services, la définition du mot «hôpital», la qualité des soins, les frais subventionnés, les frais autorisés et le régime des subventions fédérales.

Après cinq années d'expérience, nous estimons selon les vues qu'on nous a exposées et les résultats de nos propres études, puis à la lumière du régime complet de services de santé que nous avons recommandé, que chacune des dispositions principales de la Loi doit être réexaminée.

---

[1] Saint-Laurent, le très hon. L.-S., lors de l'inauguration de la conférence à Ottawa, en 1957.

UNIVERSALITÉ DU RÉGIME

Nous croyons que les dispositions visant l'universalité du régime (au sens où l'entendent les mots «accessible à tous») étaient sages, et que la souplesse impartie à la négociation des accords avec les provinces qui financent leur régime par voie de primes était fort souhaitable. Au point de vue administratif, c'eût été manquer de réalisme que d'insister sur la participation obligatoire de toute la population à un régime provincial, dès son entrée en vigueur. Néanmoins, il importe, à notre avis, que des mesures soient prises pour assurer l'universalité du régime dans les provinces où certains ressortissants ne sont pas encore assurés.

QUALITÉ DES SOINS

Nous savons que nombre d'organismes et de personnes se préoccupent de la qualité des soins de santé et qu'ils s'efforcent grandement de l'améliorer; nous ne sommes pas convaincus que tous leurs efforts aient été jusqu'ici satisfaisants.

Les médecins eux-mêmes, les infirmières et le Conseil d'accréditation des hôpitaux ont été fort actifs à cet égard. Les premiers œuvrent de diverses façons, notamment en suivant des cours de rafraîchissement dans des écoles de médecine et en assistant à des conférences et à des cours, aux réunions de sociétés médicales, mais, à notre avis, c'est surtout par l'intermédiaire de l'association du personnel médical des hôpitaux. Le Conseil a pour rôle l'inspection des hôpitaux. Fait louable et intéressant à noter, il est financé partiellement par l'Association médicale du Canada et par l'Association des médecins de langue française du Canada, grâce aux cotisations perçues de ses membres.

Un troisième groupe s'intéresse à la qualité des services; il s'agit de ce qu'on appelle couramment la Division des hôpitaux de chaque administration provinciale. Avant l'établissement du régime, la plupart des provinces avaient un organisme de ce genre, mais toutes les provinces ont dû en créer un aux termes de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques. L'organisme peut faire partie intégrante du ministère de la Santé ou être un organisme distinct s'occupant d'assurance-hospitalisation.

Nous constatons un certain nombre de lacunes dans ces diverses approches. Au Canada, une proportion considérable de soins sont fournis par des médecins qui exercent seuls et qui n'ont aucun rapport avec les hôpitaux. Évidemment, peu des groupes organisés déjà mentionnés peuvent les atteindre. Bien des médecins se dépensent dans de petits hôpitaux où les membres de leurs professions sont si peu nombreux qu'il ne s'y trouve aucune association du personnel médical (et partant, aucune surveillance générale organisée sur la qualité des soins). Ailleurs, des hôpitaux privés de diverse taille (et dont la qualité est douteuse) semblent aussi échapper à des inspections continues. Autre faiblesse: la plupart des Divisions provinciales des hôpitaux,

sinon toutes, n'ont pas le personnel nécessaire pour dispenser les services requis d'inspection et de consultation. Une autre lacune sérieuse, à notre avis, c'est que, manquant de fonds, le Conseil d'accréditation des hôpitaux est à court de personnel.

Un autre facteur entre en ligne de compte dans la qualité des soins, à savoir, le privilège d'exercer à l'hôpital. Comme nous l'avons mentionné à la page 29, les médecins, les omnipraticiens comme les spécialistes, ont toujours entretenu des rapports étroits avec les hôpitaux, au Canada. Cela ne veut pas dire et ne peut non plus vouloir dire que tout médecin habilité peut automatiquement exiger à l'hôpital tous les privilèges qu'il peut demander. A cet égard, son droit d'y exercer dépend directement de la qualité des soins accordés par l'hôpital. Nombre de facteurs doivent être considérés, y compris le nombre de lits disponibles, la dimension du personnel médical requis, la formation et l'expérience du médecin; tous ces facteurs sont destinés à assurer aux malades les soins de la plus haute qualité, ce qui doit être la préoccupation primordiale.

A titre de principe général, nous tenons à réitérer que la qualité des soins hospitaliers est une question d'intérêt public. La qualité la plus élémentaire est d'éviter que les malades soient placés dans des conditions non hygiéniques et de les protéger contre l'incurie. En de telles circonstances, les soins ne diffèrent donc pas des mesures de prévention adoptées pour protéger le public, telles que l'inspection des restaurants, l'inspection du traitement de la viande, l'inspection des médicaments.

Et la plus haute qualité est visible dans tout le travail de formation entrepris par les professions en vue d'améliorer leur rendement.

Comme dans la plupart des hôpitaux, c'est grâce à leur formation et à leur esprit de discipline que la vaste majorité des membres des professions de la santé réaliseront le plus de progrès. Nous en sommes fermement convaincus. C'est la raison pour laquelle nous appuyons entièrement l'activité d'un organisme bénévole comme le Conseil d'accréditation des hôpitaux. Toutefois, de nouveau, l'on ne doit pas oublier que tous ces efforts sont consentis dans l'intérêt public et que, si les besoins ne sont pas entièrement satisfaits, soit parce qu'on n'y voit pas ou soit parce que le public n'y accorde pas suffisamment d'attention, c'est aux organismes publics qu'il incombe d'agir au nom de la population. Les recommandations faites ailleurs[1] sur la formation de base et à la formation continue, sont conformes à cette déclaration d'ordre général. Cependant, celles-ci ne sont pas suffisantes; il faut aussi les compléter en garantissant efficacement un niveau élevé de services hospitaliers.

On trouvera aussi, sous les rubriques suivantes, des recommandations particulières concernant les services hospitaliers:

Hygiène mentale, alcoolisme et toxicomanie
(Recommandations 14, 15 et 17)

Services dentaires
(Recommandations 54-57)

[1] Voir les recommandations 140-155 et 175.

Services de soins à domicile
(Recommandations 120-121)

Formation et recrutement des infirmières
(Recommandation 129)

Formation et recrutement des médecins
(Recommandation 143)

La Commission recommande:

95. Que soient considérablement accrues les subventions au Conseil d'accréditation des hôpitaux et que ce dernier augmente le nombre de ses enquêteurs et fasse de plus fréquentes inspections des hôpitaux, quelle que soit leur importance.

96. Que les organismes provinciaux d'assurance-hospitalisation, l'Association canadienne des hôpitaux et l'Association médicale canadienne encouragent davantage les études sur l'activité professionnelle[1], et que tous les hôpitaux comptant 25 lits ou plus et ayant au moins trois médecins dans leur personnel participent à ce régime d'auto-évaluation professionnelle, le coût du régime devant être considéré comme des frais subventionnés aux termes de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques.

97. Que les Collèges provinciaux de médecins et de chirurgiens jouissent d'une plus grande autorité quant à la qualité des soins et au volume des interventions chirurgicales, surtout dans le cas des petits hôpitaux qui n'ont pas suffisamment de personnel compétent et qui ne disposent pas du matériel approprié.

98. Que le Conseil d'accréditation des hôpitaux établisse, de concert avec l'Association canadienne des hôpitaux et l'Association des hôpitaux catholiques, des statuts et des règlements relatifs à l'octroi aux médecins du privilège d'exercer à l'hôpital.

99. Que les statistiques sur les complications et les opérations chirurgicales à l'hôpital, et sur la durée des hospitalisations par diagnostics soient, dans chaque province, fournies par l'organisme d'assurance-hospitalisation à un comité mixte du Collège des médecins et des chirurgiens et de l'Association des hôpitaux pour fins d'analyse et de revue.

100. Que les organismes d'assurance-hospitalisation accordent des fonds suffisants aux hôpitaux pour que les malades aient les soins d'infirmières licenciées dans toutes les équipes de jour et de nuit, et que tous les services infirmiers requis, autorisés par le médecin préposé et approuvés par le directeur du service approprié, soient fournis par l'hôpital, comme l'autorise la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques.

---

[1] Études semblables à celles qu'effectue le *Hospital Medical Records Institute*, à Toronto. à Toronto.

101. Que les élèves-infirmières, surtout celles du poste de nuit, ne soient pas seules responsables du soin des malades.

102. Que soient accrus, dans chaque province, le personnel de la Division des hôpitaux (ce qui peut se faire grâce aux Subventions nationales à la santé), afin que l'on puisse prendre les dispositions nécessaires pour assurer le maintien de normes suffisantes dans les hôpitaux, y compris la surveillance, l'homologation et l'inspection des hôpitaux, surtout des petits hôpitaux (de moins de 100 lits), de tous les hôpitaux privés et des foyers de garde.

103. Que tous les organismes provinciaux d'assurance-hospitalisation sachent que leurs décisions relatives à la dotation des hôpitaux en personnel et en matériel doivent sans cesse tenir compte des progrès rapides réalisés dans le domaine des connaissances et des techniques sur les soins de santé. Il est fort souhaitable qu'ils s'adjoignent des spécialistes compétents pour étudier les demandes de personnel ou de matériel supplémentaire présentées par les hôpitaux.

104. Que les Conseils de planification de la santé[1] fassent tout ce qu'ils peuvent pour éviter le double emploi inutile de personnel et de matériel spécialisés dans les efforts collectifs faits par eux et par les hôpitaux pour répondre aux besoins de la communauté.

SERVICES EXTERNES

Comme on l'a déjà signalé, les représentants des gouvernements fédéral et provinciaux ont convenu, à la conférence de 1955, que les services externes hospitaliers devraient avoir la priorité, quelle que soit la décision prise à l'égard des prestations d'assurance-hospitalisation. Les témoignages entendus par la Commission révèlent que, dans les provinces encore dépourvues d'un régime complet de services externes, on donne inutilement en hôpital beaucoup de soins qui pourraient tout aussi bien se donner à un coût inférieur sous forme de service externe[2]. Cela coûte inutilement des millions de dollars aux trésoreries fédérale et provinciales, et rien ne saurait justifier un tel gaspillage des revenus fiscaux déjà insuffisants. Les provinces de l'Est ont démontré qu'aucun obstacle sérieux ne gêne l'administration de la prestation en service externe. Nous recommandons que le gouvernement fédéral contribue financièrement à la construction de nouvelles installations pour les malades externes et à l'agrandissement des aménagements actuels[3].

---

[1] Voir la recommandation 1 (10).

[2] Au dire d'un hôpital «l'établissement de services externes et d'installations appropriées pour les malades chroniques libérerait... 11.1 p. 100 de l'ensemble de nos lits». (Mémoire présenté à la Commission royale d'enquête sur les services de santé par l'hôpital des Sœurs Grises de Regina, Regina, 1962, p. 7). La Nouvelle-Écosse, qui compte pour les soins assurés l'un des services externes les plus élaborés, estime que ce dernier contribue «grandement à réduire la pénurie de lits d'hôpitaux dont on a un grand besoin». (Rapport annuel de la Commission d'assurance-hospitalisation de la Nouvelle-Écosse pour l'année terminée le 31 mars 1962, Imprimeur de la Reine, Halifax, 1962, p. 9).

[3] Voir la recommandation 176.

La Commission recommande:

105. Que la Loi soit modifiée de manière à prescrire que l'établissement de services externes sera désormais une condition préalable aux versements relatifs aux services internes et que, à ce sujet, le ministre informe les provinces n'ayant pas une gamme complète de services externes qu'elles doivent conclure de nouveaux accords à ce sujet. Dans l'intervalle, les citoyens qui s'inquiètent du coût de l'assurance-hospitalisation pourraient faire comprendre à leurs gouvernements qu'il importe d'agir sur-le-champ.

106. Que jusqu'à l'introduction d'un régime de services médicaux, les installations de diagnostic dans des cliniques reconnues et dans les cabinets de spécialistes dotés du matériel approprié soient considérés comme des «facilités», dans le sens où l'entend la Loi, et qu'elles fournissent les services externes qui relèvent de leur compétence aux termes de la Loi, conformément aux termes et aux conditions de la Loi, avant l'introduction du régime de services médicaux.

107. Que soient éliminées les restrictions sur l'accessibilité des services externes à titre de services assurés seulement dans les 24 ou 48 heures consécutives à un accident.

SOINS DANS LES HÔPITAUX DE MALADIES MENTALES

La Loi actuelle prévoit le paiement des soins accordés aux malades mentaux dans les hôpitaux généraux, mais non dans les hôpitaux de maladies mentales. Nous croyons qu'il n'est pas dans l'intérêt public d'exclure ainsi le gros des services fournis aux malades mentaux. La question a une telle ampleur et est si importante que nous lui avons réservé une partie spéciale dans le présent rapport[1].

RÉGIME DE SOINS À DOMICILE

Le fait que les services de soins à domicile ne soient pas visés par la Loi, même s'ils sont fournis en vertu d'un régime hospitalier et sous la direction d'un hôpital, nuit sensiblement à leur expansion. Nous recommandons donc[2] que les régimes de soins à domicile fournis en vertu d'un régime hospitalier soient assujettis à la Loi.

FONCTIONS SPÉCIALISÉES DES HÔPITAUX D'ENSEIGNEMENT

Les hôpitaux d'enseignement encourent des frais spéciaux que l'on peut à juste titre considérer comme des «frais partageables», dans le sens où l'entend la Loi, car ils se rattachent aux services hospitaliers aussi bien qu'à

---

[1] Voir chapitres 8 et 14.

[2] Voir les recommandations 120 et 121.

l'enseignement. Cela s'applique aussi en partie au traitement du personnel enseignant. Nous recommandons donc[1] que ces frais soient visés dans la Loi.

SANATORIUM DE TUBERCULEUX

Le coût des soins fournis aux tuberculeux n'est pas visé par la Loi, mais heureusement cela ne crée pas de problèmes aussi sérieux que dans le cas des malades mentaux. Néanmoins, la Commission ne trouve aucune justification à une telle exclusion.

La Commission recommande:

108. Que l'exclusion des hôpitaux et des sanatoriums de tuberculeux soit supprimée de la Loi, et que les quartiers d'hôpital fournissant des traitements de ce genre soient visés par les mots «hôpital» ou «facilité», aux termes de la Loi.

FRAIS PARTAGEABLES

Intérêt et amortissement

Le régime national d'assurance-hospitalisation a rendu de grands services, mais à l'instar de toutes les initiatives humaines, il a fait surgir de nouveaux problèmes à résoudre. De fait, on reconnaît que pas un citoyen canadien ne devrait, pour des raisons d'ordre économique, être privé des soins hospitaliers dont il a besoin.

Toutefois, les Canadiens n'ont pas trouvé de solution efficace au problème que pose, dans une société démocratique régie par trois paliers de gouvernement, le financement des institutions hospitalières qui doivent prodiguer les soins requis.

Grâce à la Subvention à la construction d'hôpitaux, le gouvernement fédéral fournit environ 15 p. 100 des frais de construction de ces établissements et, en vertu du régime d'assurance-hospitalisation, il paye la moitié du coût de l'équipement. Ce sont donc les provinces, les autorités locales et les organismes privés qui assument la plus grande part des frais de construction. Encore une fois, même si le principe général est sain, c'est l'incapacité dans laquelle se trouvent certaines provinces de fournir leur quote-part qui crée le principal problème. Le tableau ci-dessous, qui porte sur les diverses dispositions adoptées par les provinces à ce sujet, révèle la situation.

La Commission recommande:

109. Que les allocations pour amortissement à l'égard des immeubles et de l'équipement fixe, moins le montant des subventions fédérales et provinciales, soient reconnues comme des frais partageables.

---

[1] Voir la recommandation 143.

CONTRIBUTION DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL ET DES PROVINCES AU FINANCEMENT DE LA CONSTRUCTION D'HÔPITAUX DE TRAITEMENT ACTIF, LE 31 DÉCEMBRE 1963

Province	Subvention fédérale	Subvention provinciale	Autres
	$	$	
Colombie-Britannique	2,000	2,000	Plus la moitié du solde des frais approuvés
Alberta	2,000	2,000	Le solde des frais en rachetant les obligations et en payant les intérêts à l'échéance.
Saskatchewan	2,000		70 p. 100 du solde dans le cas des hôpitaux de base, 60 p. 100 du solde dans le cas des hôpitaux régionaux, 40 p. 100 du solde dans le cas des hôpitaux communautaires.
Manitoba	2,000	2,000	Plus de 80 p. 100 du solde en rachetant les obligations et en payant les intérêts à l'échéance.
Ontario	2,000	3,200	
Québec	2,000	2,000	Plus des subventions discrétionnaires.
Nouveau-Brunswick	2,000	2,000	
Nouvelle-Écosse	2,000	2,000	Plus $1,000.
Île-du-Prince-Édouard	2,000	2,000	Plus le capital et l'intérêt jusqu'à concurrence de la moitié du solde.
Terre-Neuve	2,000	2,000	Plus une aide indéterminée.

Frais autorisés

L'expression «frais autorisés» dont il est question dans la loi correspond à ce qu'on appelle la «co-assurance», les «tickets modérateurs» ou les «cotisations d'utilisation». La loi pénalise la province qui établit des cotisations de ce genre en refusant de verser un montant égal aux revenus découlant des frais autorisés, comme elle le fait dans le cas des revenus provenant directement du Trésor provincial. Comme elle l'a signalé ailleurs, la Commission s'inquiète du coût croissant du régime d'assurance-hospitalisation; aussi croit-elle qu'il n'y a pas lieu de pénaliser une province qui, sans violer l'esprit de la loi, fait des efforts raisonnables pour utiliser ces services avec plus de prudence.

La Commission recommande:

110. Que l'article 4 (a) (ii) de la loi soit modifié de façon à abolir la sanction frappant toute province qui exige des malades un versement raisonnable pour chaque jour d'hospitalisation.

Frais autorisés à l'égard des bénéficiaires de l'assistance publique hospitalisés

En Colombie-Britannique et en Alberta, c'est le ministère provincial du Bien-être qui acquitte les frais autorisés (imputés au malade) pour les bénéficiaires de l'assistance publique hospitalisés. Ces malades sont donc dans la même situation que tous les malades assurés dans les provinces où il n'existe aucune cotisation de co-assurance. Toutefois, le gouvernement fédéral n'assume aucune part de la prime de co-assurance, qui est entièrement acquittée par la province. Une interprétation aussi rigoureuse de la loi nous semble injuste.

La Commission recommande:

111. Que soit abolie la distinction relative aux bénéficiaires de l'assistance publique hospitalisés.

Revenus nets des boutiques de cadeaux et d'autres entreprises accessoires

La Commission croit que les règlements régissant les revenus provenant de ce genre d'activités accessoires sont trop étroitement restrictifs et qu'ils devraient être élargis afin de laisser aux hôpitaux les revenus nets provenant de toute activité semblable.

La Commission recommande:

112. Que soient élargis les règlements régissant les recettes provenant des boutiques de cadeaux et d'autres entreprises accessoires.

8. *Services et appareils de prothèse*

Au chapitre 5, nous traitons des diverses menaces à la santé et de leurs répercussions d'ordre social. Nous y signalons notamment que les maladies et l'incapacité de longue durée ont des effets bien différents d'un nombre correspondant de maladies moins longues. Cela est tout particulièrement vrai des affections et de l'incapacité permanentes. Même si certaines maladies de courte durée empêchent une personne de poursuivre son activité habituelle, il ne s'ensuit pas forcément qu'elles nuisent de façon sérieuse à ce qui occupe sa vie, que ce soit l'école, le travail ou toute autre activité. De fait, s'ils tombent malades, nombre d'employés sont non seulement sûrs de garder leur emploi, mais, grâce à des congés de maladie payés ou à des prestations d'assurance-maladie, ils peuvent toucher leur salaire pendant un nombre de jours déterminé, chaque année.

Cependant, la maladie et l'incapacité de longue durée créent de graves problèmes sociaux et économiques pour l'intéressé, pour ceux qui sont à sa charge et pour les autres membres de sa famille. Sous les deux rapports

suivants, notre population se ressent de plus en plus des maladies chroniques: elles nuisent au bien-être et à l'activité sociale du malade, et elles accroissent la demande de services et d'aide de la part de la famille et de la communauté.

Pour cette raison nous avons été tout particulièrement impressionnés par les témoignages que nous avons entendus sur les progrès des services de réadaptation[1]. Les nombreux services de réadaptation ont une caractéristique commune: le malade a droit aux soins, même si la maladie a ralenti, voire interrompu son cours. Bien plus, on ne ménage aucun effort pour permettre au malade d'avoir une vie sociale aussi normale que possible. Plus il trouve ou recouvre son indépendance, plus il est heureux et se sent en sécurité sur le plan économique, et moins il risque de devenir un fardeau pour la communauté.

La réadaptation des personnes dont l'invalidité est due à l'absence, à la perte, à l'incapacité ou à la difformité d'un membre ou d'un organe est impossible sans l'aide d'appareils, de dispositifs ou d'aides de prothèse. Ces derniers jouent donc un rôle essentiel dans les soins de santé. Le coût de tels appareils, dispositifs ou aides, au cours d'une vie, peut atteindre plusieurs milliers de dollars dans le cas des enfants dont les appareils doivent être remplacés périodiquement à mesure qu'ils grandissent.

Le problème est encore plus sérieux chez les bébés et les enfants souffrant de difformités congénitales. Le cas de la thalidomide a attiré l'attention du public sur le malheur de ces enfants et de leurs parents. Certes, ce médicament est très nocif, mais il y a eu—et il y aura encore—d'autres causes de difformité dont les jeunes victimes méritent autant notre sympathie que celles de la thalidomide. Nous avons été profondément touchés par le triste sort de ces enfants et par le fardeau qu'ils constituent pour leurs parents, mais nous avons aussi été impressionnés par les avantages extraordinaires que ces jeunes peuvent retirer des appareils de prothèse ingénieux que l'on construit de nos jours.

Ces enfants devront se servir toute leur vie d'appareils de ce genre. L'emploi d'un membre artificiel ou de quelque autre aide ou dispositif, peut aussi permettre à une personne âgée de se débrouiller seule au lieu d'être à la charge d'autrui pendant des années. Dans tous les cas, il importe que le dispositif soit conçu de manière à ce que le malade puisse mener une vie aussi normale que possible.

Une personne handicapée ou ses parents ne devraient pas avoir à payer ces dispositifs, appareils ou aides, et il ne faudrait pas non plus qu'ils aient, à cet égard, à compter sur la charité et la générosité des clubs de bienfaisance, comme c'est le cas présentement. C'est grâce au travail magnifique des organismes privés[2] que le public, maintenant au courant de la gravité et de l'ampleur du problème, se rend compte que l'État doit intervenir dans ce domaine. Cet avantage fait partie des services médicaux dont il est question dans la recommandation 30.

---

[1] Voir chapitre 15.

[2] Comme celui qu'accomplissent les clubs Rotary dans tout le Canada pour les enfants infirmes, grâce au «Fonds des Timbres de Pâques».

La Commission recommande:

113. Que les appareils, dispositifs ou aides de prothèse soient fournis dans le cadre des services médicaux visés par le régime, sur la recommandation d'un comité comprenant le médecin du patient, un spécialiste en prothèse et, là où la chose est possible, un thérapeute de métier ou un physiothérapiste.

114. Que les appareils ou dispositifs de ce genre soient réparés ou remplacés, dans le cadre du régime, sur la recommandation du comité dont il est question ci-dessus.

115. Que par l'intermédiaire du Conseil des recherches en sciences médicales, des fonds soient affectés à des recherches et à des expériences visant à créer et à distribuer des appareils de prothèse, et à élaborer des techniques efficaces; et que les subventions à la formation professionnelle servent à la formation du personnel spécialisé requis.

9. *Services de soins à domicile*

Au cours de notre enquête sur les facilités et les services établis pour le compte des malades, nous avons été surpris de constater que l'on a, en général, négligé de développer un secteur qui, semble-t-il, permettrait de fournir des soins de bonne qualité à un coût relativement peu élevé[1]. Nous voulons parler de l'organisation des soins à domicile qui sont plus satisfaisants pour certains malades, comme l'ont démontré nombre d'essais, et qui sont moins coûteux. Des programmes de ce genre existent depuis au moins quinze ans au Canada, aux États-Unis et en Europe, et ils ont maintenant fait leurs preuves[2].

Les autorités du Régime de la Croix-Bleue de New York, qui est de la responsabilité des hôpitaux, disent ce qui suit des programmes de soins à domicile:

> Ils ont démontré que les soins donnés à domicile peuvent être excellents quand les patients sont bien choisis. Les soins à domicile permettent également de libérer les lits d'hôpital au profit des patients dont l'état exige l'hospitalisation. En même temps, le coût des soins s'en trouve réduit, car il coûte moins cher de soigner un patient chez lui qu'à l'hôpital[3].

Dans l'intérêt des malades et afin de réduire les frais, nous croyons qu'il y aurait lieu de lancer sur-le-champ des programmes de grande enver-

---

[1] Voir aussi chapitre 15.

[2] Un service organisé d'infirmières visiteuses, élément essentiel des soins à domicile, existe au pays depuis la fondation de l'Ordre des infirmières Victoria du Canada, en 1897. Il est maintenant secondé par la *Saint Elizabeth Visiting Nurses Association,* et la Société des infirmières visiteuses.

[3] Service d'hôpitaux associés de New-York, *Report of a Study Concerning the Feasibility of Providing Visiting Nurse Service Following Hospitalization for Blue Cross Subscribers,* le Service, New-York, 1957, p. 8.

gure de soins à domicile dans tous les centres urbains ayant une population d'au moins, disons 10,000 habitants, et dans les centres de moindre importance, dès que les fonds requis seront disponibles.

Ces programmes devraient être axés soit sur l'hôpital ou soit sur la communauté; dans le premier cas, ils viseraient principalement à assurer la sortie hâtive de l'hospitalisé, alors que, dans le second ils profiteraient surtout aux malades qui n'ont pas besoin d'être hospitalisés. Les premiers pourraient facilement être financés sous le bénéfice des dispositions actuelles de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques, et les gouvernements fédéral et provinciaux devraient prendre l'initiative à cet égard en facilitant leur création et leur financement par les hôpitaux. De fait, avant d'étudier une demande d'expansion présentée par un hôpital situé dans un centre comptant au moins 10,000 habitants, les organismes provinciaux chargés de la planification hospitalière devraient exiger que soit institué un programme de grande envergure de soins à domicile.

C'est surtout l'intérêt des malades qui justifie l'utilisation des soins à domicile, mais la réduction éventuelle des frais n'est pas non plus négligeable.

Nous admettons que l'établissement de programmes semblables présente des difficultés et que, pour en assurer le succès, il faut pouvoir compter sur l'entière collaboration du personnel médical, de la direction de l'hôpital et des organismes privés.

L'un des principaux résultats des programmes de soins à domicile, c'est que le médecin peut profiter lui-même et faire profiter ses patients d'un éventail de services, auxquels il n'a pas encore eu recours ou dont il peut avoir ignoré l'existence.

La Commission recommande:

116. Que tous les hôpitaux canadiens comptant au moins 100 lits instituent un programme de soins à domicile, indépendamment ou de concert avec d'autres hôpitaux de la même région, avec d'autres organismes communautaires, le service de santé local, ou une combinaison de ces organismes.

117. Que les sociétés médicales régionales créent un comité de liaison pour hâter la diffusion et l'utilisation des services de soins à domicile.

118. Que dans les hôpitaux, les comité d'examen médical insistent sur la sortie hâtive des malades qui peuvent recevoir des soins appropriés à domicile grâce aux services d'un programme de ce genre.

119. Que des brochures décrivant le programme et ses services soient rédigées et remises aux malades qui pourraient sortir plus tôt de l'hôpital en vertu du programme.

120. Que les dispositions de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques s'appliquent aux frais occasionnés par les traitements donnés aux termes d'un programme de soins à domicile relevant d'un hôpital.

121. Que, aux termes des règlements de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques, les contributions faites aux programmes de soins à domicile relevant de la communauté pour des traitements donnés à des malades retournés à leur foyer mais dont les noms restent sur le registre de l'hôpital, que ces contributions soient considérées comme des frais partageables.

122. Que les subventions à l'hygiène publique contribuent au financement des programmes de soins à domicile axés sur la communauté.

123. Que les services d'hygiène publique et les organismes privés soient encouragés par de telles subventions à lancer des programmes de soins à domicile axés sur la communauté ou administrés conjointement avec les hôpitaux.

II. PERSONNEL, INSTALLATIONS ET RECHERCHES DE SANTÉ

10. *Formation et recrutement des infirmières*

D'après les vues présentées à la Commission et les études qu'elle a fait préparer, et d'après les nombreuses publications sur la profession d'infirmière, il est urgent de délimiter clairement les responsabilités des infirmières et, en même temps, de réformer la méthode de formation des infirmières[1].

Un certain nombre de facteurs souligne la nécessité d'une réforme.

1. Il y a une grave pénurie de monitrices compétentes dans les écoles d'infirmières hospitalières et universitaires. Nos études démontrent que, dans les écoles hospitalières, 75 p. 100 des monitrices n'ont pas même le minimum[2] de la formation requise, contre 56 p. 100 dans les écoles universitaires. La compétence des diplômées d'une école dépend forcément de la valeur de la formation qu'elles y ont reçues.
2. A la lumière de nos connaissances et de la pratique de toutes les autres professions, le régime d'apprentissage en vertu duquel la majorité des infirmières reçoivent maintenant toute leur formation demande clairement un nouvel examen.
3. Nos études sur les activités des infirmières révèlent que nombre d'entre elles remplissent des fonctions inférieures à leur compétence, et d'autres pour lesquelles elles n'ont pas la formation voulue; en outre, certaines de leurs attributions devraient être confiées à d'autres personnes. Le régime de l'apprentissage comme mode de formation contribue à perpétuer cette délimitation imprécise des responsabilités.

---

[1] Voir chapitre 13 où il est question des diverses catégories d'infirmières.

[2] Le baccalauréat ès sciences pour les monitrices des écoles hospitalières, et au moins la maîtrise pour celles des écoles universitaires.

4. La période de formation est inutilement longue. Un programme de trois ans, où les deux tiers de la formation scolaire se donnent au cours de la première année, est manifestement orienté vers une fin autre que l'enseignement. Par suite de la réorganisation récente de certains cours, la stagiaire est classifiée comme élève pendant deux ans; la troisième année, elle devient «interne» et touche un salaire partiel. Ce régime reconnaît tacitement que l'élève-infirmière acquitte ses frais de scolarité par les «services» considérables qu'elle rend[1].

D'après les connaissances et l'expérience actuelles, deux catégories d'infirmières sont requises, toutes les deux devant recevoir une formation spécialisée après leurs études secondaires:

1. Les diplômées d'un cours de base universitaire et intégré de quatre ou cinq ans ou les diplômées d'un cours universitaire moins long. On estime qu'environ le quart des infirmières doivent posséder une telle formation: les monitrices, les surveillantes, les administratrices et celles qui occupent d'autres postes supérieurs.
2. Les diplômées d'un nouveau cours de deux ans qui seraient des infirmières de clinique ou de chevet.

Chacune de ces deux catégories d'infirmières aurait son propre programme de formation, mais les membres des deux groupes demeureraient des infirmières licenciées.

En plus de ces deux catégories d'infirmières, des aides-infirmières seront toujours indispensables pour tirer un meilleur parti du temps des infirmières. Ces aides pourraient être choisies parmi celles qui n'ont pas la formation académique requise pour s'inscrire dans des écoles d'infirmières.

Vu que nous avons insisté sur la nécessité de fusionner les services psychiatriques et les services généraux de santé (surtout les soins donnés aux malades mentaux dans les hôpitaux généraux), nous croyons qu'il ne sera plus nécessaire de maintenir un programme spécial de formation pour les infirmières psychiatriques, comme on le fait présentement dans les quatre provinces de l'Ouest. Des programmes spéciaux devraient être institués et une aide financière devrait être fournie en vue d'aider les infirmières psychiatriques compétentes (I.P.L.) à devenir des infirmières licenciées (I.L.)

LES ÉCOLES D'INFIRMIÈRES HOSPITALIÈRES

Nombre de témoignages entendus par la Commission indiquent que les écoles d'infirmières hospitalières sont en train de modifier profondément leurs programmes de formation. Nous croyons que ces changements sont tout à fait appropriés, en général, et qu'on devrait en accélérer l'exécution. A l'instar des membres de la plupart des professions, les infirmières recevaient au début leur formation dans le cadre d'un régime d'apprentissage. A mesure qu'augmentait le bagage scientifique des infirmières dans leur travail, il devint nécessaire d'augmenter le temps consacré à la formation dans la salle de cours.

[1] Voir chapitre 13.

Pour répondre aux besoins de personnel dans les hôpitaux, et pour acquérir de l'expérience, les élèves-infirmières ont, comme il fallait s'y attendre, consacré plus de temps au soin des malades que ne l'exigeait leur formation. En retour de ces services, les hôpitaux les ont logées et formées gratuitement. Ces dernières années, cependant, on s'est appliqué à concentrer la formation théorique et clinique dans deux ans, ce qui a réduit l'importance de l'élément «service». Dans ces écoles, on raccourcit ou on élimine même l'apprentissage comme élément de formation des infirmières, à l'instar des autres professions.

La Commission approuve cette manière d'agir. La formation des infirmières devrait être organisée et financée de la même façon que celle des autres professions. Une autre raison qui milite en faveur d'un tel changement, c'est qu'une bonne part des soins accordés aux hospitalisés ne sera plus dispensée par des apprenties, comme c'est encore le cas maintenant; en outre, on formera ainsi en moins de temps des infirmières aussi compétentes, sinon plus, que dans le passé.

Nous reconnaissons que les opinions sont partagées touchant le contrôle de la formation des infirmières. Nous savons que, dans la plupart des cas—nos études l'ont démontré—la directrice des soins infirmiers fait des efforts héroïques pour assurer que les élèves ne passent pas plus de temps dans les services qu'elles n'en ont besoin pour acquérir leur expérience clinique. Si ces efforts se soldent le plus souvent par un échec, c'est à cause du système et des pressions exercées pour que le service infirmier (dont les élèves sont considérées comme une partie intégrante) accorde la priorité aux besoins immédiats des malades plutôt qu'à la formation des élèves-infirmières. La ligne de conduite adoptée à l'égard du personnel par plusieurs administrations provinciales de l'assurance-hospitalisation rend essentielle la participation des élèves au service infirmier, et il est peu souhaitable et même dangereux de restreindre ainsi l'embauche d'infirmières compétentes. Cette façon de faire affaiblit sans raison la gestion efficace des hôpitaux.

Dans ces institutions, il faudra, autant que possible, séparer la formation des infirmières du service infirmier, et accorder à la directrice de l'école des infirmières la haute-main sur toute la formation.

Il se passera un certain temps avant que ne soit effectuée cette réforme qui est très importante et qui s'est longtemps fait attendre. Les difficultés à surmonter seront nombreuses. Cependant, nous croyons qu'un tel changement est à la fois souhaitable et inévitable; retarder l'échéance ne fera qu'accroître les problèmes. Certes, l'évolution devra se faire par étapes afin de ne pas désorganiser inutilement les services infirmiers. Certaines écoles se prêteront mieux que d'autres au changement, mais nous sommes convaincus qu'il faut agir dès maintenant.

Pour arriver à cette fin, il faudra prendre les mesures suivantes:

1. Établir dans chaque province un comité chargé d'élaborer le programme de formation des infirmières, qui agira à titre consultatif auprès du ministre de la Santé, qui comprendra des représentants de l'Association provinciale des infirmières, des associations d'hôpitaux, de l'administration de l'assurance-hospitalisation, de la (ou) des

université(s), du ministère provincial de l'éducation. Ce comité choisira chaque année les écoles où le programme doit être inauguré afin d'en assurer l'application progressive et ordonnée.

2. Séparer le budget de l'école des infirmières de celui de l'hôpital afin que le premier serve uniquement à des fins de formation. La séparation de l'école et du service infirmier peut manifestement se faire par étapes et de diverses façons. Dans certains hôpitaux, la directrice de l'école des infirmières pourra rendre compte de la formation de ses élèves au conseil d'administration par l'intermédiaire d'un comité consultatif du conseil; ailleurs, on arrivera aux mêmes fins si la directrice est directement responsable auprès du conseil d'administration.
3. Établir, entre la direction de l'école et celle de l'hôpital, une entente en vue de l'utilisation des installations éducatives et cliniques de l'hôpital, entente analogue à celle qui existe actuellement dans nombre d'hôpitaux au bénéfice des étudiants en médecine et des élèves des écoles universitaires d'infirmières.
4. Établir pour les infirmières un *nouveau* programme d'études qui mènerait au diplôme en *deux ans*[1].
5. Réduire chaque année la part de temps que les élèves consacrent à faire du service, ce qui obligera les hôpitaux à recruter un plus grand nombre d'infirmières et d'aides-infirmières qualifiées pour donner les soins dont les élèves-infirmières sont chargées présentement. Il faudra obtenir l'autorisation des organismes d'assurance-hospitalisation pour créer ces emplois. Naturellement, on réduira proportionnellement le nombre des élèves qui font partie du personnel infirmier autorisé par les organismes d'assurance-hospitalisation.
6. Faire des essais de concert avec d'autres organismes pour arrêter un programme de formation pour les infirmières. Ces organismes pourraient être des institutions consécutives aux écoles secondaires comme les Collèges junior ou les Instituts de technologie. Bien que, cependant, à notre avis, l'école hospitalière d'infirmières reste toujours le principal établissement de formation de la profession, il n'y a rien qui s'oppose, en principe, à ce qu'un autre genre d'organisme crée une école d'infirmières à ce niveau. Toutes les écoles devront, cependant, avoir recours aux hôpitaux pour permettre à leurs élèves d'acquérir de l'expérience clinique[2].
7. Aider financièrement les élèves incapables d'acquitter leurs frais de scolarité et d'entretien. Nous nous rendons compte que, par suite de la modification du régime actuel, sous lequel les élèves paient leurs études en contribuant au service infirmier d'un hôpital, bon nombre de celles qui viennent de familles à revenus moyens auront besoin d'une aide

[1] Voir chapitre 13 au sujet de l'urgence et de la possibilité de ce programme.

[2] Comme l'initiative Quo Vadis prise par le Congrès des hôpitaux catholiques en 1962 pour encourager les femmes de 30 à 50 ans à choisir la profession d'infirmière comme carrière.

financière pour s'inscrire aux cours. Par conséquent, on devra fournir des bourses d'entretien pour permettre à ces jeunes filles de continuer de choisir la profession d'infirmière comme carrière. Le gouvernement fédéral et les provinces doivent continuer de contribuer au financement des écoles. Le principe dont s'inspirent ces deux formes d'aide est maintenant intégré dans la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques en vertu de laquelle d'autres travailleurs de la santé (par exemple les radiologistes et les techniciens de laboratoire) reçoivent une aide financière pendant leur formation.

8. Lorsque toutes les mesures qui précèdent auront été adoptées, il restera un problème à régler afin d'assurer le succès du nouveau programme: on devra faire un effort spécial pour former des monitrices hautement qualifiées. La pénurie actuelle dans ce domaine est l'obstacle le plus sérieux à l'amélioration de la formation des infirmières et, partant, du service infirmier. C'est aux écoles d'infirmières universitaires qu'il faudra s'adresser pour la formation des monitrices.

LES ÉCOLES UNIVERSITAIRES D'INFIRMIÈRES

Six des quatorze écoles universitaires d'infirmières dispensent un cours de base intégré de quatre ou cinq ans; à l'instar des autres facultés universitaires, elles contrôlent toute la formation donnée à leurs étudiantes. L'expérience clinique s'acquiert dans les hôpitaux affiliés à l'école, sous la surveillance de monitrices relevant de l'université. Les huit autres écoles décernent le baccalauréat aux étudiantes qui ont suivi un cours de deux ans à l'université et qui ont fait trois ans dans une école hospitalière d'infirmière où les élèves sont sous la surveillance de l'hôpital et doivent accomplir le même service que les étudiantes de l'école hospitalière. A nos yeux, seul le programme intégré est acceptable, au point de vue éducatif, et les autres écoles universitaires d'infirmières devraient l'adopter.

Il importe de multiplier le nombre de ces écoles afin qu'elles puissent former environ le quart des infirmières. Ce sont parmi les diplômées de ces institutions que doivent être recrutées les monitrices, les surveillantes, les administratrices et les dirigeantes de la profession.

La Commission recommande:

124. Que, dans chaque province, un comité spécial soit chargé d'établir le programme de formation des infirmières, agissant à titre consultatif auprès du ministre de la Santé et veillant à l'application progressive et ordonnée du programme. Le Comité devrait comprendre des représentants de l'Association provinciale des infirmières, des associations d'hôpitaux, de l' (ou des) université(s), de l'organisme d'assurance-hospitalisation et du ministère de l'Éducation.

125. Que les budgets des écoles hospitalières d'infirmières soient séparés de ceux du service infirmier de l'hôpital afin que les écoles servent uniquement à la formation des élèves.

126. Que les hôpitaux mettent leurs installations éducatives et cliniques à la disposition des élèves-infirmières pour que ces dernières acquièrent des connaissances et de l'expérience clinique sans avoir à faire du service infirmier.

127. Que ces écoles d'infirmières réorganisent leur programme d'études de manière à décerner un diplôme après deux années de cours, et que les lois provinciales soient modifiées au besoin pour permettre l'octroi de la licence aux infirmières diplômées qui réussissent aux examens après deux années d'études.

128. Que les hôpitaux et les organismes fédéraux et provinciaux accordent aux infirmières un traitement qui tienne compte de la formation et des responsabilités de ces dernières et qui soit comparable à celui des personnes engagées dans des domaines semblables, afin d'encourager les jeunes filles douées à embrasser la carrière d'infirmière et à y demeurer.

129. Qu'une aide financière soit accordée aux élèves-infirmières des écoles hospitalières, aux mêmes conditions et du même montant que l'aide fournie aux personnes qui étudient d'autres spécialités à l'hôpital.

130. Que l'on songe à subventionner seulement les écoles dont la taille permet de tirer le meilleur parti possible du personnel enseignant qualifié et des resources financières.

131. Que toutes les écoles universitaires d'infirmières établissent un programme d'études universitaires intégré et qu'elles dirigent tous les aspects de ce programme. Dans chacune des quatre principales régions du pays, au moins une école universitaire d'infirmières, dont une de langue française, devrait créer un cours menant à la maîtrise en sciences infirmières.

132. Que les écoles universitaires d'infirmières actuelles soient agrandies au maximum et que le gouvernement fédéral leur verse des subventions d'immobilisations provenant du Fonds d'expansion des installations de la santé et des subventions de fonctionnement provenant de la Subvention à la formation des professions de la santé.

133. Que soient fondées, aussitôt qu'on pourra recruter le personnel qualifié requis, au moins dix autres écoles universitaires afin d'accroître le nombre d'infirmières diplômées d'université et que des sommes provenant du Fonds d'expansion des installations de la santé servent à payer la moitié des frais découlant de la création de ces écoles. Nous croyons que les dix écoles pourraient être créées en cinq ans environ. On pourrait les constituer à titre de facultés supplémentaires aux universités suivantes: Université de Victoria, Université d'Alberta (Calgary), Université de Saskatchewan (Regina), Université Laurentienne, Université York, Université Carleton, Université Laval, Université de Sherbrooke, Université de Moncton, Université Memorial. Une fois les nouvelles institutions entièrement établies (disons en

1971), les 24 écoles alors en existence (comptant en moyenne 225 étudiantes[1]) pourraient décerner approximativement 1,200 diplômes par année.

134. Que, aux termes d'un programme accéléré de sept ans et dans le cadre de la Subvention à la formation professionnelle, des bourses d'entretien de $3,500 soient disponibles, afin qu'un plus grand nombre d'infirmières détenant le baccalauréat puissent obtenir la maîtrise en sciences infirmières, ce qui les rendra aptes à devenir monitrices dans une université.

135. Que, aux termes d'un programme accéléré de sept ans et dans le cadre de la Subvention à la formation professionnelle, des bourses d'entretien de $2,000 soient accordées immédiatement aux infirmières diplômées qui désirent s'inscrire dans une université aux cours de baccalauréat en sciences infirmières.

136. Que soient accrues les bourses d'entretien provenant de la Subvention actuelle à la formation professionnelle, afin qu'un plus grand nombre d'infirmières diplômées puissent obtenir la licence en soins infirmiers d'hygiène publique.

137. Que, lorsque le cours du diplôme aura été réduit à deux ans, la période de formation des aides-infirmières soit proportionnellement raccourcie. Dans l'intervalle, on devrait étudier la possibilité de former les aides au travail.

138. Que l'on s'efforce davantage d'attirer des hommes à la profession étant donné le besoin d'infirmiers dans les services de santé.

139. Que, pour assurer en tout temps une réserve suffisante de techniciens qualifiés de salle d'opération, on établisse une nouvelle catégorie d'emplois à l'égard de ce travail et aussi des traitements suffisants pour y attirer des hommes.

11. *Formation et recrutement des médecins*

La principale préoccupation de la Commission, en ce qui concerne la formation des médecins, porte sur la possibilité pour les écoles canadiennes de médecine de former un nombre suffisant de médecins compétents pour répondre à la demande croissante créée par l'augmentation de la population et par le doublement du nombre des personnes dont les services de santé seront payés à l'avance, puisque le paiement par anticipation s'étendra à toute la population, et pour satisfaire aussi aux obligations internationales croissantes du Canada quant à la formation d'un personnel médical compétent pour les pays en voie de développement.

[1] Ce chiffre tient compte des étudiantes qui pourraient abandonner leurs études pendant le cours de quatre ans, soit environ 20 p. 100 de l'ensemble.

Certes, nous nous préoccupons aussi des immeubles à affecter à l'enseignement et à la recherche aussi bien que des professeurs et des chercheurs dont il faut doter nos écoles de médecine. Le financement de ces nécessités de la formation médicale, tout ensemble aujourd'hui et dans l'avenir, est un sujet qui semble prendre de sérieuses proportions.

Dans l'étude du problème que pose la formation des médecins, il faut se rappeler deux points importants:

1. La formation des médecins, comme celle des dentistes, est une question d'intérêt national. Comme le révèlent nos études sur la population active, les médecins sont très mobiles et, dans chaque province, une bonne partie d'entre eux ont reçu leur formation dans une autre province. Depuis de nombreuses années, quelques écoles ont formé des médecins pour tout le pays. Il serait donc opportun que l'État accordât une aide financière aux provinces qui assument cette responsabilité.
2. La migration joue aussi un rôle important. Au cours des cinq dernières années, le nombre des médecins qui ont immigré chaque année au Canada correspondait en moyenne à l'ensemble des diplômés de nos trois plus grandes écoles de médecine. Par contre, le nombre de ceux qui émigrent correspondait aux diplômés de deux de ces écoles. Comme nous le signalons ailleurs[1], toute modification sensible de ces acquisitions ou de ces pertes aurait sûrement une influence marquée sur le nombre de nos médecins, et nous croyons que la situation dans ce domaine s'aggravera. Nous prévoyons que l'immigration européenne diminuera et, vu la pénurie croissante de médecins qui sévit aux États-Unis, nous risquons de voir s'accroître le nombre des nôtres qui y émigreront[2].

Vu la longue période de temps (sept ans au minimum) qu'exige la formation d'un médecin, il est impossible d'accroître sensiblement le nombre de nos diplômés en médecine avant 1970, étant donné que les diplômés de cette année-là sont déjà à l'université. Pour répondre aux besoins des années 1970, il sera nécessaire à la fois d'agrandir au maximum plusieurs de nos écoles existantes et d'aménager au moins cinq nouvelles écoles où l'on commencera à donner des cours vers la fin des années 1960 et au début des années 1970. Déjà on est occupé à préparer les plans d'une de ces nouvelles écoles qui devrait s'ouvrir à Sherbrooke en 1967. L'aménagement d'une autre, l'école McMaster, fait l'objet de pourparlers et elle devrait ouvrir ses portes en 1968[3]. On est censé commencer les plans d'autres écoles qui s'ouvriront dans l'ordre suivant: une dans la région de Toronto en 1969; une à Calgary en 1971; et une à Victoria en 1973. Vers le milieu des années 1970, une école

---

[1] Voir chapitre 7.

[2] De fait, en évaluant le nombre de médecins qu'ils compteront dans l'avenir, les États-Unis prévoient un accroissement du nombre des médecins canadiens qui émigreront chez eux. Voir chapitre 7.

[3] Voir *Report and Recommendations Regarding a Medical School at McMaster University*, Hamilton, l'Université, septembre 1963.

de médecine de langue française devrait être aménagée à Moncton. Il se peut que certaines de ces écoles commencent plus tôt les deux années de formation pré-médicale et, plus tard, d'autres universités pourraient aussi suivre le même exemple. Si l'on ne parvient pas à rencontrer les échéances prévues, il s'ensuivra des déficiences sérieuses à compter du milieu des années 1970.

Le Conseil des recherches en sciences de la santé devrait entreprendre une étude sur la possibilité de créer une autre école de médecine, probablement à l'université Memorial de Saint-Jean, pour former des médecins spécialisés dans les besoins de la médecine d'arrière-pays. Une école de médecine de ce genre pourrait aider le Canada à remplir ses obligations à l'égard de ces pays en voie de développement qui n'ont pas présentement le personnel qualifié pour répondre aux besoins locaux[1].

Pour que nos écoles de médecine fonctionnent bien, il faut absolument qu'elles comptent un nombre suffisant de professeurs qualifiés. Chaque année, bon nombre de nos compétences s'en vont aux États-Unis et, à moins d'augmenter leurs traitements, nous en perdrons davantage.

Dans son examen des problèmes financiers que pose la formation des médecins, on a souligné devant la Commision les conséquences graves du fait que la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques ne prévoit rien de précis au sujet des hôpitaux d'enseignement associés aux écoles de médecine. Les fonctions d'enseignement qu'assument ces hôpitaux leur occasionnent des frais spéciaux qui, à notre avis, peuvent très bien être visés par l'expression «frais hospitaliers partageables» prévus dans la loi. Ces frais comprennent une partie importante des traitements des professeurs à plein temps, et les honoraires appropriés des professeurs à temps partiel, qui consacrent tous une bonne partie de leur temps à des fonctions purement hospitalières et à de nombreuses recherches sur les techniques d'exploitation, travail qui fait aussi partie des fonctions d'un hôpital. Nous croyons que le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social devrait prendre l'initative dans ce domaine en s'assurant que ces frais soient payés et, s'il se présente des obstacles juridiques ou autres, la loi et (ou) les règlements devraient être modifiés de façon que ces frais soient reconnus et payés comme «frais partageables».

La Commission recommande:

140. Que des sommes provenant du Fonds d'expansion des installations de santé soient accordées pour payer la moitié du coût des travaux nécessaires[2] d'expansion et (ou) de rénovation des écoles de médecine existantes.

141. Que des sommes du Fonds d'expansion des installations de santé soient accordées pour payer la moitié du coût de construction de nouvelles écoles de médecine, y compris, au besoin, les installations nécessaires

[1] Cette idée est semblable à celle sur laquelle se fonde le programme établi par l'Université Saint-François-Xavier à Antigonish (N.-É.) dans le domaine des coopératives et qui est suivi par des étudiants de nombreuses parties du monde.

[2] Voir chapitre 13.

aux sciences fondamentales, à l'Université de Sherbrooke (pour 1967), à l'Université McMaster (pour 1968), à une université dans la région de Toronto (pour 1969)[1], à l'Université de l'Alberta, à Calgary (pour 1971), à l'Université de Victoria (pour 1973), à l'Université de Moncton (pour le milieu des années 1970), et à l'Université de Memorial, si l'étude que nous proposons ci-dessus appuie nos conclusions.

142. Que les dispositions de la Subvention à la construction d'hôpitaux soient modifiées afin que soit payée la moitié du coût des installations hospitalières des nouveaux hôpitaux universitaires et la moitié du coût des travaux d'expansion ou de rénovation des hôpitaux d'enseignement actuellement affiliés à une université, et aussi la moitié du coût des services d'enseignement des hôpitaux non universitaires; les subventions devraient s'appliquer à tous les services (e.g., les services d'investigation clinique) jusqu'à concurrence de dix lits par étudiant de la classe des finissants.

143. Que le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social et les autorités provinciales de l'assurance-hospitalisation reconnaissent immédiatement les dépenses affectées à certains travaux spécialisés des hôpitaux d'enseignement comme frais partageables aux termes de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques, y compris les traitements ou les honoraires versés aux professeurs d'écoles de médecine pour les fonctions purement hospitalières qu'ils remplissent, et aussi les dépenses affectées à la recherche d'exploitation effectuée pour améliorer le contrôle qualitatif des soins et l'administration des divers services.

144. Que, pour attirer un plus grand nombre de médecins, la Subvention à la formation professionnelle soit accrue de façon à prévoir l'octroi, sur demande, d'une subvention annuelle de $2,000 à chaque étudiant canadien en médecine qui accomplit de façon satisfaisante sa troisième et sa quatrième année à une école canadienne de médecine.

145. Que pour les étudiants étrangers en médecine qui sont inscrits dans des écoles canadiennes de médecine à la demande de ministères fédéraux, une subvention soit accordée à l'université, en sus des frais ordinaires, de façon à représenter le montant de la subvention de l'université à l'étudiant. (Le montant devrait être établi conjointement par les fonctionnaires fédéraux et la Fondation des universités canadiennes.)

146. Que la rémunération des professeurs de clinique à temps partiel soit portée à des niveaux réalistes.

147. Que les traitements versés aux internes et aux résidants dans les hôpitaux d'enseignement autorisés pour l'internat et la formation de résidants, soient portés à des niveaux plus raisonnables.

---

[1] A notre avis, l'école pourrait s'axer sur l'Hôpital Sunnybrook, les garanties nécessaires étant adoptées en ce qui concerne les anciens combattants.

148. Que le Conseil de recherches en sciences de la santé soit encouragé à augmenter le nombre des bourses qu'il accorde aux écoles de médecine pour les associés de recherche et qu'il prévoie, en outre, l'octroi de bourses d'étude aux médecins récemment diplômés qui ne sont pas encore admissibles aux bourses accordées aux associés de recherche.

149. Que, pour assurer la formation en nombre suffisant de professeurs pour les départements de sciences fondamentales et pré-cliniques, les subventions actuelles du Conseil national de recherches aux étudiants diplômés soient maintenues et portées à des niveaux plus raisonnables.

150. Que, pour aider les médecins en exercice à maintenir leur degré de compétence, les écoles de médecine établissent des programmes de formation continue pour les médecins diplômés ou qu'elles élargissent les cadres de leurs programmes existants, et que les frais de scolarité, de voyage et de subsistance que les médecins doivent effectuer pour assister à ces cours soient considérés comme déductibles pour les fins de l'impôt sur le revenu.

151. Que, pour atténuer la pénurie de spécialistes se faisant le plus sérieusement sentir dans les régions où nous recommandons une expansion rapide des services, les écoles de médecine et les hôpitaux d'enseignement établissent des programmes ou élargissent les cadres de leurs programmes existants en vue d'études post-universitaires en psychiatrie, en médecine physique, en ophthalmologie, en anesthésiologie, en pathologie et en radiologie.

152. Que, dans le cadre d'un programme intensif de sept ans, des subventions spéciales à la formation professionnelle au montant de $5,000 par année soient accordées aux médecins diplômés qui entreprennent des études post-universitaires en psychiatrie, en médecine physique, en ophthalmologie, en anesthésiologie, en pathologie et en radiologie.

153. Que des fonds soient mis à la disposition des écoles de médecine pour leur permettre de verser des traitements satisfaisants, afin d'accroître la proportion des professeurs à plein temps par rapport aux professeurs à temps partiel.

154. Que des fonds soient mis à la disposition des écoles qui désirent donner des cours pendant toute l'année en vue d'améliorer la qualité de l'enseignement et (ou) de réduire la période de temps requise pour le diplôme ou pour le droit de pratique.

12. *Formation et recrutement des dentistes*

Après avoir étudié le problème que pose la formation des dentistes, nous sommes convaincus qu'il a deux dimensions. La première a trait aux besoins qui se font sentir quant à la formation d'un nombre suffisant de dentistes qualifiés. La seconde consiste dans la nécessité de former un personnel d'auxiliaires dentaires afin d'accroître, ne serait-ce que dans une faible proportion, le rendement professionnel des dentistes hautement qualifiés, un peu

comme le rendement du médecin actuel est accru dans une grande proportion parce qu'il peut compter sur les services divers d'une vingtaine ou plus de travailleurs auxiliaires. Si l'on examine les expériences qui se sont révélées fructueuses en d'autres pays, il apparaît évident que la pratique de l'art dentaire au Canada entraîne une perte considérable de compétences professionnelles, étant donné que les dentistes continuent à accomplir des travaux qui pourraient facilement être confiés à des travailleurs moins spécialisés qui agiraient sous la surveillance du dentiste. Nous aborderons en premier lieu le problème que posent les dentistes eux-mêmes.

LES DENTISTES

D'après nos calculs, il faudra un nombre considérable de dentistes (à plein temps et à temps partiel) pour réaliser le Régime de soins dentaires destinés aux enfants; toutefois, la proportion des dentistes qui s'occuperont des autres enfants et des adultes variera très peu. Actuellement, ce rapport entre le nombre des dentistes et le chiffre de la population est vraiment trop faible, et il demeurera peu satisfaisant. Vu que les jeunes ne seront plus visés, à l'âge de 18 ans, par le Régime de soins dentaires destinés aux enfants, nous pouvons prévoir qu'une proportion beaucoup plus considérable de la population exigera de façon continue un excellent service. En second lieu, comme l'indiquent nos études d'ordre économique, une société de plus en plus prospère pourra se permettre un plus grand nombre de soins dentaires que la population actuelle ne s'en accorde. Malgré les progrès qui découleront, selon nous, de l'adoption de la fluoruration et de l'institution du Régime de soins dentaires destinés aux enfants, nous croyons que la présente génération ne pourra satisfaire tous les besoins en soins dentaires.

En conséquence, il est nécessaire d'accroître le nombre de nos dentistes afin de combler une pénurie qui même aujourd'hui est effarante.

La Commission recommande:

155. Que des fonds soient prélevés sur le Fonds d'expansion des installations de santé pour payer la moitié du coût des travaux d'expansion et de rénovation des écoles d'art dentaire actuelles de l'Université Dalhousie, de l'Université du Manitoba, de l'Université McGill, de l'Université de l'Alberta et de l'Université de Montréal[1].

156. Que des fonds soient prélevés sur le Fonds d'expansion des installations de santé pour payer la moité du coût de construction de cinq nouvelles écoles d'art dentaire qui seront aménagées au cours des dix prochaines années, dont deux en Ontario, soit à l'Université d'Ottawa et à l'Université Western Ontario, une autre à l'Université de la Colombie-Britannique (déjà en voie de construction), une à l'Université Laval et une à l'Université de la Saskatchewan, à Saskatoon[2].

---

[1] Voir chapitre 13.
[2] Ibid.

157. Que les ministères provinciaux de l'instruction publique soient encouragés à entreprendre, en collaboration avec les associations dentaires de chaque province, des campagnes de recrutement, particulièrement auprès des étudiants des petites villes et des régions rurales, et à attirer de plus en plus de femmes vers l'art dentaire.

158. Que la Subvention à la formation professionnelle soit accrue de façon à prévoir l'octroi, sur demande, d'une subvention annuelle de $2,000 à chaque étudiant canadien en art dentaire qui accomplit de façon satisfaisante ses deux dernières années à une école canadienne d'art dentaire.

159. Que le Conseil de recherches en sciences dentaires tente d'accroître les recherches qui se poursuivent au Canada sur les affection dentaires et sur les moyens de les prévenir en entreprenant lui-même des travaux de recherche et en augmentant le nombre de ses subventions aux universités.

160. Pour aider les dentistes en exercice à maintenir leur degré de compétence, que les écoles d'art dentaire établissent des programmes de formation continue pour des dentistes diplômés ou qu'elles élargissent les cadres de leurs programmes existants, et que les frais de scolarité, de voyage et de subsistance que les dentistes doivent effectuer pour assister à ces cours soient considérés comme déductibles pour les fins de l'impôt sur le revenu.

161. Que des fonds soient mis à la disposition des écoles d'art dentaire pour leur permettre de verser des traitements satisfaisants et pour accroître ainsi la proportion des professeurs à plein temps par rapport aux professeurs à temps partiel.

162. Que des fonds soient mis à la disposition des écoles qui désirent donner des cours pendant toute l'année en vue d'améliorer la qualité de l'enseignement et (ou) de réduire la période de temps requise pour le diplôme ou le droit de pratique.

163. Que des fonds supplémentaires soient mis à la disposition des universités pour permettre aux écoles d'art dentaire d'élargir les cadres de leur programme destiné aux dentistes diplômés pour former des spécialistes et pour permettre aux écoles n'ayant pas de programme de ce genre d'en établir.

164. Que pour atténuer la pénurie de spécialistes en art dentaire qui se fait sérieusement sentir, dans le cadre d'un programme intensif de sept ans, des subventions à la formation professionnelle au montant de $5,000 soient accordées aux dentistes qui entreprennent des études post-universitaires, y compris à ceux qui optent pour l'hygiène dentaire publique et à ceux qui se préparent à l'enseignement universitaire.

165. Que les écoles d'art dentaire donnent des cours d'art dentaire appliqué aux enfants et que, dans le cadre d'un programme accéléré de sept ans, des subventions à la formation professionnelle au montant de

$5,000 soient accordées aux dentistes qui entrent dans la pratique et qui désirent bénéficier des cours spéciaux et se spécialiser.

166. Que les autorités de qui relève la licence des dentistes dans chaque province revisent les règlements généraux relatifs à la durée des études que les dentistes d'autres pays doivent faire dans une école canadienne d'art dentaire, dans le but d'accroître le nombre des dentistes qualifiés qui entrent au pays.

167. Que des traitements suffisants soient accordés aux dentistes des centres de santé et, plus particulièrement, du Régime de soins dentaires destinés aux enfants, pour y attirer un nombre suffisant de dentistes bien qualifiés.

LES AUXILIAIRES DENTAIRES

L'accroissement du nombre des dentistes que suscitera l'application des recommandations déjà mentionnées sera de quelque utilité, mais il sera loin de suffire à combler tous nos besoins. Pour répondre aux principaux besoins auxquels nous faisons face, la Commission est convaincue qu'il est maintenant nécessaire d'établir un vaste programme destiné à former des auxiliaires qui seront uniquement employés dans le cadre du Régime de soins dentaires destinés aux enfants et qui travailleront sous la surveillance immédiate d'un dentiste[1].

Nous reconnaissons que notre proposition provoquera peut-être une certaine opposition provisoire, aussi bien parmi les dentistes eux-mêmes qu'à l'extérieur de la profession, mais nous constatons que l'hygiène dentaire est dans un état déplorable dans notre pays[2], que les dentistes et les professeurs qualifiés d'art dentaire se font rares et qu'il faut du temps pour aménager de nouvelles écoles d'art dentaire: tous ces facteurs exigent des mesures d'urgence. En outre, les mesures que nous proposons ont connu du succès en Nouvelle-Zélande et, présentement, elles font l'objet d'expériences et d'études en Grande-Bretagne. Nous croyons que le Canada peut mettre au point un programme fructueux et que toutes les personnes qui se préoccupent de l'hygiène dentaire de nos enfants appuieront nos recommandations sans réserves.

Notre proposition tend à former, comme on l'a fait en Nouvelle-Zélande et comme on le fait maintenant en Grande-Bretagne, des auxiliaires dentaires qualifiés pour nettoyer les caries et faire l'obturation des dents des enfants sous une stricte surveillance pré-clinique et clinique. Ils seraient aussi qualifiés pour enseigner l'hygiène dentaire et ils seraient en mesure de donner aux gens des directives sur les soins à se donner.

Il est fondamental que ces auxiliaires ne soient autorisés à exercer que sous la surveillance d'un dentiste licencié et uniquement dans le cadre du Régime de soins dentaires destinés aux enfants.

---

[1] Pour un exposé complet de cette proposition, voir chapitre 13.
[2] Association dentaire canadienne, *op. cit.*

Ces auxiliaires pourraient être formés en deux ans, comme le montrent les expériences tentées en Nouvelle-Zélande et au Royaume-Uni. Une école d'art dentaire pourrait leur assurer un programme de formation spéciale dans des locaux adjacents ou dans un institut technologique, surveillé par une faculté d'art dentaire et accrédité par le Comité consultatif de la formation des auxiliaires dentaires dont nous recommandons la création.

Sur la base de nos prévisions, il sera nécessaire d'avoir, en janvier 1968, au moins 1,000 auxiliaires dentaires qualifiés si l'on veut établir cette année-là et sur une base nationale le Régime de soins dentaires destinés aux enfants, et il faudra accroître chaque année le nombre des diplômés de façon qu'il atteigne 1,500 en 1971. Pour que ces auxiliaires reçoivent leur diplôme en 1968, il sera nécessaire que la première classe s'inscrive à la fin de 1965; on doit donc organiser sans tarder le programme de formation destiné à ces auxiliaires.

La Commission recommande:

168. Que le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social nomme un Comité consultatif de la formation des auxiliaires dentaires, dont feraient notamment partie des représentants de l'Association dentaire canadienne, des Collèges ou Conseils des dentistes de chacune des provinces, de la Commission nationale d'examen des dentistes, des écoles dentaires canadiennes, du Conseil national de santé, de l'Association des médecins de langue française du Canada, de l'Association médicale canadienne (section de la pédiatrie) et de l'Association des femmes canadiennes, et aussi le directeur de la Division de l'hygiène dentaire du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.

169. Que cet organisme, en collaboration avec les doyens des écoles d'art dentaire, établisse un programme d'études permettant de former les auxiliaires dentaires en deux ans.

170. Que les auxiliaires dentaires reçoivent une formation leur permettant de nettoyer les caries et de faire l'obturation des dents des enfants, sous une stricte surveillance clinique et pré-clinique, d'enseigner l'hygiène dentaire et de donner des directives aux gens sur les soins à se donner.

171. Que des traitements convenables soient accordés aux auxiliaires dentaires afin d'attirer un nombre suffisant de candidats.

172. Que le gouvernement fédéral accorde des subventions aux écoles d'art dentaire et (ou) aux écoles de formation technique pour payer le coût de l'outillage et des installations et pour constituer le corps enseignant nécessaire pour établir à compter de 1966, des programmes d'études appelés à former au moins 1,000 auxiliaires dentaires chaque année. On devrait aussi aider des écoles techniques à instituer des cours destinés à former des techniciens et des assistants dentaires.

74564—7½

173. Que la Subvention à la formation professionnelle et aussi la Subvention à la formation technique et professionnelle soient accrues de façon à accorder des bourses aux immatriculés leur permettant de payer leurs frais de scolarité, de manuels et de subsistance.

13. *Aide fédérale aux universités pour les professions de la santé*

Pour faire face à nos exigences pour le personnel de la santé nous avons recommandé que la Subvention à la Formation Professionnelle soit accrue pour offrir des bourses aux étudiants pré-gradués et post-gradués dans les professions de la santé. Nous reconnaissons aussi que, si les universités de notre pays doivent satisfaire aux besoins du Canada en regard des professions de la santé, elles doivent donc exiger une aide financière supplémentaire pour équiper leurs écoles professionnelles. Le Canada a de plus une obligation morale à former un tel personnel pour les pays moins favorisés[1]. Les universités qui participent à un tel programme auront besoin d'une aide financière appropriée.

Le gouvernement fédéral accorde maintenant aux universités des subventions représentant $2 par habitant de chacune des provinces. Nous croyons que cette aide doit être accrue de la façon indiquée ci-dessous, pour permettre aux institutions canadiennes d'enseignement et de formation de former le personnel dont nous avons besoin pour nos services personnels de santé. Ainsi nous croyons que l'aide fédérale aux universités pour les professions de santé doit être versée aux universités par le truchement de l'Aide fédérale aux universités. On trouvera, sous les titres suivants, des recommandations précises concernant l'emploi de la Subvention projetée à la formation des membres des professions de la santé.

Formation et recrutement des infirmières
(Recommandation 132)

Formation et recrutement des médecins
(Recommandations 153 et 154)

Formation et recrutement des dentistes
(Recommandations 161 et 162).

La Commission recommande:

174. Que, indépendamment de toute autre rectification proposée, la Subvention fédérale aux universités soit accrue par l'octroi annuel d'une Subvention spéciale à la formation des membres des professions de la santé dont le montant sera d'au moins 50 cents par habitant, sous réserve de révision ultérieure à la lumière des besoins et des progrès futurs. La subvention sera versée aux universités qui ont aménagé ou sont en train d'aménager des écoles de médecine, d'art dentaire, d'hygiène publique, de pharmacie, d'infirmières et de physiothérapie

[1] A cause de sa partie française, le Canada est bien placé pour entraîner le personnel francophone de la santé provenant des peuples en progrès.

ou qui ont établi des programmes pré-cliniques de deux ans; que les méthodes de distribution de cette subvention spéciale soient arrêtées de concert avec la Fondation des universités canadiennes.

14. *Fonds d'expansion des installations de la santé*

Pour remédier à la pénurie du personnel requis pour nos services de santé, nous avons besoin non seulement de personnel enseignant et d'un nombre suffisant d'élèves, mais aussi d'installations où l'on pourra enseigner un nombre croissant et de plus en plus varié de professions et d'activités de la santé. A cet égard, il est aussi essentiel qu'une aide fédérale soit établie, sur une base coopérative. Pour aider les provinces dans ce domaine, nous recommandons que le gouvernement fédéral constitue un fonds devant servir à l'expansion des installations de service et des maisons d'enseignement. Dans le premier cas, on pourrait très bien utiliser comme noyau la Subvention actuelle à la construction d'hôpitaux, en y apportant les modifications que proposent nos recommandations et en y ajoutant surtout la Subvention que nous recommandons à la construction et à l'équipement dentaires[1]. En outre, le gouvernement fédéral devra prévoir les fonds nécessaires pour payer une partie du coût de la construction, de l'expansion ou de la rénovation des maisons d'enseignement.

On trouvera aussi, sous les titres suivants, des recommandations précises concernant l'emploi du nouveau Fonds d'expansion des installations de la santé:

Hygiène mentale, alcoolisme et narcomanie
(Recommandations 13 et 16)
Services dentaires
(Recommandations 40 et 46)
Formation et recrutement des infirmières
(Recommandations 132 et 133)
Formation et recrutement des médecins
(Recommandations 140 et 142)
Formation et recrutement des dentistes
(Recommandations 155 et 156).

La Commission recommande:

175. Que le gouvernement fédéral établisse, pour une période de dix ans, un budget de dépenses afin d'aider à l'aménagement d'installations destinées à l'enseignement de la médecine, de l'art dentaire, de l'hygiène publique, des soins infirmiers et d'autres professions de la santé (écoles de médecine, d'art dentaire, d'hygiène publique et d'infirmières, bâtiments des sciences fondamentales et matériel); que le fonds s'appelle Fonds d'expansion des installations de la santé et soit intégré à la Subvention actuelle à la construction d'hôpitaux.

[1] Voir Recommandation 40.

176. Que les règlements concernant la Subvention à la construction d'hôpitaux soient modifiés sans tarder de façon à autoriser le payement de la moitié du coût de construction des nouveaux services hospitaliers externes et la moitié du coût d'expansion ou de rénovation des services existants.

15. *Conseil de recherches en sciences de la santé*

Pendant la préparation de notre rapport, nous avons examiné les nombreux aspects que présentent nos services de santé. L'un de nos plus importants problèmes fut d'obtenir les données voulues. A plus d'une reprise, nous avons mentionné l'absence de certaines données essentielles. Nous avons aussi signalé que nous avons dû nous fier à des estimations et que de nouvelles études, observations et expériences s'imposaient. Notre rapport renferme de nombreuses propositions pour des enquêtes subséquentes sur des problèmes particuliers.

Cet état de choses est attribuable à deux facteurs: *a*) à l'absence de données chronologiques et courantes satisfaisantes, et *b*) aux nombreuses forces dynamiques modifiant sans cesse les problèmes fondamentaux qui se posent aux services de santé. En conséquence, notre rapport ne parvient pas, dans nombre de cas, à établir tous les faits et, lorsqu'il y réussit, il peut souvent fournir seulement un repère pour les autres études qu'il faudra sans cesse poursuivre en vue d'observer les changements incessants.

Dans le passé, la recherche en sciences de la santé correspondait pour une large part à la recherche médicale, mais, aujourd'hui, nous ne pouvons laisser de côté les nombreux problèmes d'ordre social, économique, administratif ou purement technique qui se posent à nos services de santé. Nous devons peser tous ces éléments si nous voulons que nos services futurs de santé aient la valeur et l'efficacité souhaitées. La recherche médicale est un élément essentiel et fondamental de tout programme de recherches en sciences de la santé, et il continuera d'en être ainsi. Mais, ce n'est plus l'unique domaine où se poursuivent des recherches. Certaines conceptions modernes quant à l'étiologie des maladies par les méthodes que fournissent l'épidémiologie et l'écologie humaine mènent directement à un examen du milieu social ambiant. Nous devons veiller à ce que les programmes d'enseignement destinés à tout le personnel des services de santé se developpent au rythme des acquisitions nouvelles.

La pratique de la médecine doit appliquer de nouvelles méthodes dans le cadre des services de santé existants; ceux-ci, de leur côté, exigent une observation continuelle. Vu la complexité de ces services et les frais qu'ils entraînent, il devient de plus en plus important d'en assurer la meilleure efficacité et de les coordonner le mieux possible. Il ne suffit donc plus d'examiner des programmes individuels isolément. L'interdépendance des programmes est une des difficultés importantes que présentent leur création et leur évaluation. Il ne suffit plus non plus d'étudier uniquement les services de santé. La réadaptation, les soins à domicile et la reconnaissance des besoins

d'ordre social des malades exigent que les services de santé soient associés étroitement aux autres installations et organisations de la communauté. La nécessité d'assurer le maintien du revenu du malade ou de l'handicapé fait ressortir la portée de ces plans dans le domaine de la santé.

Tous ces faits signifient qu'une multitude de nouvelles disciplines sont venues s'ajouter aux fonctions traditionnelles des services de santé; le chercheur social, le travailleur social, l'architecte, l'administrateur, le statisticien, pour n'en mentionner que quelques-uns, doivent tous participer à l'étude des problèmes que posent la santé et les services de santé.

Par suite des implications interdisciplinaires de cette entreprise et de la nécessité de distinguer les travaux de recherches de l'administration quotidienne des régimes de santé, publics ou privés, il faut que ce soit un organisme indépendant qui entreprenne une étude de ce genre.

Nous avons constaté la récente création du Conseil de la recherche médicale comme un organisme parallèle au Conseil national de la recherche. Au lieu de créer un nouvel organisme pour effectuer le genre de recherches sur la santé que nous indiquons, nous proposons que les fonctions du Conseil de la recherche médicale soient accrues de façon à comprendre toutes les recherches sur la santé et que son mandat et son budget soient aussi accrus en conséquence. Le nouvel organisme pourrait être désigné ainsi: «Conseil de recherches en sciences de la santé».

Nous recommandons donc, en ce qui concerne les Subventions nationales à la santé, que la Subvention aux travaux de recherche sur la santé publique et la partie des autres Subventions à la santé qui est affectée à la recherche, soient transférées au Conseil.

On pourra aussi trouver, sous les titres suivants, des recommandations précises au sujet du rôle du Conseil:

Hygiène dentaire, alcoolisme et narcomanie
(Recommandations 6, 21 et 28)

Services dentaires
(Recommandations 43 et 47)

Services d'ordonnances
(Recommandation 80)

Services d'optique
(Recommandation 93)

Services et appareils de prothèse
(Recommandation 115)

Formation et recrutement des médecins
(Recommandation 148)

Formation et recrutement des dentistes
(Recommandation 159)

Statistiques de la santé
(Recommandations 186, 187 et 189)

Subventions nationales à la santé
(Recommandation 197 (c)).

La Commission recommande:

177. Que les cadres du Conseil de la recherche médicale soient élargis par une loi appropriée de façon à comprendre tous les secteurs de la recherche sur la santé et que le nom de l'organisme soit remplacé par celui de Conseil de recherches en sciences de la santé; que le gouvernement du Canada reconnaisse cet organisme ainsi reconstitué comme son principal conseiller pour la planification et le soutien des recherches sur la santé et la distribution des fonds affectés aux recherches; que les services du Conseil soient mis à la disposition des gouvernements provinciaux, des associations privées de la santé et des universités; et que, en outre, la loi projetée en vue d'assurer l'expansion du Conseil, prévoie la nomination de nouvelles personnes éminentes appartenant aux professions de la santé et à d'autres professions. Un éminent «profane» sans attache à aucun régime ou organisme de services de santé devrait être nommé président[1]. Par cette recommandation, nous ne voulons nullement critiquer la structure du présent Conseil de la recherche médicale ni son distingué président, mais, en raison du rôle accru du Conseil dont nous recommandons la création et qui s'intéressera à tous les domaines touchant la santé, il serait préférable, croyons-nous, de nommer comme président du Conseil une personne neutre plutôt qu'un membre d'une des professions de la santé, si le poste devenait vacant.

178. Que le budget des dépenses de fonctionnement du Conseil soit progressivement accru à raison de 2 millions de dollars par année au cours des cinq prochaines années; et que le Conseil soit autorisé à toucher des fonds provenant d'autres sources, comme les fondations ou autres organismes.

179. Que le Conseil soit encouragé à accroître le nombre des associés de recherche dans les écoles de médecine, d'art dentaire, de pharmacologie et dans les écoles universitaires d'infirmières et qu'il dispose de fonds pour l'octroi de bourses d'études aux récents diplômés en médecine, en pharmacie, en art dentaire et en soins infirmiers, qui ne sont pas encore reconnus comme associés de recherche.

180. Que des subventions soient mises à la disposition des hôpitaux d'enseignement pour des recherches expérimentales.

181. Que le Conseil dirige des recherches en sciences médicales, biologiques et autres sciences connexes, sur les médicaments de base et dans tout autre domaine scientifique, y compris les recherches en sciences sociales, dont l'objectif consiste à améliorer la santé des Canadiens, et qu'il accorde des subventions à cette fin.

---

[1] En Grande-Bretagne, le président du Conseil de la recherche médicale est l'un des trois «profanes» qui sont membres du Conseil. Voir *Medical Research in Britain, Reference Division*, Bureau central de l'information, Londres, mai 1963, p. 15.

182. Que le Conseil appuie des travaux de recherches en vue de découvrir le meilleur mode de formation et le moyen le plus efficace d'utiliser les services des travailleurs de la santé.

183. Que le Conseil ait la responsabilité permanente de diriger des études pour déterminer la valeur, l'efficacité et le degré de coordination des divers éléments de l'ensemble des services de santé ou d'accorder des subventions à cette fin.

184. Que le Conseil fournisse des avis et des directives et son propre apport en vue de l'élaboration et du maintien d'un système permanent de statistiques sur la santé au Canada et de la réalisation d'études spéciales visant à déterminer les problèmes courants de la santé et leurs tendances, y compris le maintien d'un index des soins dentaires, comme celui que l'Association dentaire canadienne a établi.

185. Que le Conseil soit autorisé à nommer un directeur de la recherche, un personnel médical ou non médical de recherche et, au besoin, des comités consultatifs d'ordre technique.

16. *Statistiques de la santé*

Tout au long de notre rapport, nous faisons allusion, à de nombreuses occasions, à l'insuffisance des données de base concernant l'état de santé des Canadiens, les dépenses intéressant la santé, le personnel de la santé et nombre d'autres questions. Cette insuffisance se fait sentir de trois façons: a) d'une part, la statistique sur la santé présente des lacunes importantes et, d'autre part, il y a parfois chevauchement des données; b) il arrive souvent qu'on ne puisse comparer les données existantes parce que les concepts, la classification et la couverture manquent d'uniformité; c) la publication des données statistiques accuse des retards considérables, ce qui en diminue l'utilité pour les fins de l'action analytique et administrative; par exemple, les plus récentes statistiques complètes sur les hôpitaux dont la Commission a pu disposer au début de 1964 étaient celles de 1960[1].

On nous a signalé que les principales lacunes que présente la statistique sur la santé au Canada intéressent particulièrement trois domaines: a) la statistique des soins de santé; b) la statistique de la morbidité générale de la population; et c) la statistique de l'économie de la santé[2].

C'est le Bureau fédéral de la statistique, organisme statistique central du gouvernement, qui établit la plupart des données relatives à la santé. Ces dernières années, en vue de combler certaines lacunes de la statistique dans le domaine de la santé, le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social a entrepris un certain nombre de travaux statistiques et d'études analytiques. Notre Commission a eu libre accès aux statistiques sur la santé et aux autres données connexes du Bureau fédéral de la statistique, ainsi qu'aux données

[1] Voir chapitre 8, tableau 8-2.

[2] Nous traitons plus amplement ces questions dans le volume II.

établies par le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social et à ses études analytiques. Nonobstant certaines lacunes susmentionnées, nous avons trouvé fort utile la plus grande partie des données qu'on a mises à notre disposition et nous sommes particulièrement reconnaissants envers le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social des études qu'il a entreprises[1] et de l'aide qu'il a accordée à la recherche. Mais ce qui nous a impressionnés en examinant ces données et ces études, c'est le manque de coordination entre ces deux organismes (et d'autres qui leur fournissent des données statistiques) et le fait que l'établissement de ces statistiques perd souvent de vue l'objectif général qui consiste à déterminer les besoins et les progrès des Canadiens dans le domaine de la santé.

Nous estimons que les statistiques sur la santé, comme les statistiques d'ordre social et économique, ne doivent pas être établies pour le simple plaisir de la chose ou pour des fins insignifiantes, mais pour fournir des renseignements de base servant à améliorer notre connaissance des modifications qui surviennent dans l'état de santé des Canadiens, pour élaborer des programmes destinés à répondre aux besoins d'ordre de santé et pour déterminer la valeur des programmes et des besoins. Si des données complètes, comparables, coordonnées et courantes étaient disponibles de façon continue, cela aiderait grandement à la planification que nous avons recommandée dans le domaine de la santé, ce que devrait entreprendre le Conseil de recherches en sciences de la santé.

On pourra aussi trouver, sous les titres suivants, des recommandations précises au sujet de la statistique sur la santé:

Services d'ordonnances (Recommandation 82)

Conseil de recherches en sciences de la santé (Recommandation 184).

La Commission recommande:

186. Que le Bureau fédéral de la statistique et le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, de concert avec le Conseil de recherches en sciences de la santé et d'autres organismes appropriés des gouvernements fédéral et provinciaux et des organismes privés, présentent au gouvernement le plan d'un programme visant à améliorer la statistique de la santé au Canada et qu'un programme de ce genre soit adopté.

187. Que le Bureau fédéral de la statistique et le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social se divisent le travail de façon plus efficace, le premier s'appliquant surtout à recueillir et à examiner la statistique de la santé et d'autres données connexes, et le second s'intéressant à l'interprétation des données statistiques, bien que, dans certains travaux de recherche, il revienne au ministère de recueillir et de traiter lui-même les statistiques requises. Ces deux organismes de-

[1] Voir appendice B.

vraient collaborer avec le Conseil de recherches en sciences de la santé pour mettre au point des concepts, des définitions et une méthodologie concernant la statistique de la santé, qui devrait être publiée sans retard inutile.

188. Que des fonds suffisants soient mis à la disposition du Bureau fédéral de la statistique et du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social pour qu'ils puissent entreprendre la réalisation d'un programme visant à améliorer la statistique et à effectuer des recherches sur la statistique.

189. Que les fonctions du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social et les activités du Bureau fédéral de la statistique dans le domaine de la statistique et de la recherche soient coordonnées et raccordées aux fonctions du Conseil de recherches en sciences de la santé.

III. FINANCEMENT ET RANG DE PRIORITÉ

17. *Financement d'ensemble*

Nous avons décrit dans la Charte de santé une méthode de base pour financer le Régime de services de santé recommandé dans notre rapport en disant que nous approuvons d'abord le principe du paiement anticipé dans le domaine des soins de santé personnels tels qu'il est maintenant appliqué dans le domaine hospitalier; nous avons dit aussi que les provinces devraient organiser et administrer un régime de services de santé personnels dont elles détermineraient elles-mêmes les étapes, le calendrier et l'étendue; en troisième lieu nous avons dit que le gouvernement fédéral doit contribuer au financement du régime par des subventions telles que les suivantes:

(1) subvention contributive de 50 p. 100 des frais réels;

(2) subvention administrative de 50 p. 100 des frais d'administration du régime et à concurrence de 5 p. 100 des frais réels;

(3) subvention supplémentaire fiscale aux provinces dont la capacité fiscale est inférieure à la moyenne afin de leur permettre de dispenser des services de soins de santé dont les normes se comparent à celles du reste du pays, compte tenu de la géographie, du climat et des ressources de santé.

D'après nos études, la plupart des nations de l'Occident consacrent aujourd'hui entre 4.5 et 5.5 p. 100 de leur dépense nationale brute aux soins de santé, y compris les services de santé, le capital pour la santé, la recherche et la formation du personnel de santé; ces proportions continuent d'augmenter. En 1961, le Canada consacrait aux mêmes fins 5.4 p. 100 de la dépense nationale brute (dépenses chiffrées en dollars *courants*) ou 5.2 p. 100 (en dollars (1957) constants).

74564—8½

Les Canadiens affectent aujourd'hui 5.4 p. 100 de la dépense nationale brute aux soins de santé. Si nous continuons à faire comme aujourd'hui, la proportion de la dépense nationale brute (exprimée en dollars *courants*) absorbée par les soins de santé atteindra 5.5 p. 100 en 1971. Si le Régime de services de santé que nous proposons est introduit, la proportion sera de 6.1 p. 100 en 1971, soit une différence d'environ ½ p. 100 entre la proportion commandée par un Régime de services de santé complet et planifié et notre régime actuel qui est relativement incomplet et sans plan.

Si un Régime de services de santé comme celui que nous recommandons était institué, la proportion de la dépense nationale brute (en dollars (1957) *constants*) affectée aux soins de santé serait de l'ordre de 6 p. 100 en 1971, soit une augmentation de .8 p. 100 au cours de la décennie, et de 6.4 p. 100 en 1991, soit une augmentation de 1.2 p. 100 pendant une période de trente ans.

Ces pourcentages se fondent sur une projection de la croissance de la Dépense nationale brute (Produit national brut) durant la période de 1961-1991 qui cadre avec un taux moyen de chômage de 4 p. 100 par année et une productivité moyenne du travail en progression de 2.75 p. 100 par année. Nous avons aussi estimé la proportion de la Dépense nationale brute consacrée aux soins de santé en fonction d'une augmentation plus lente de la Dépense qui cadre avec un taux moyen de chômage de 5 p. 100 par année et une productivité moyenne du travail en progression de 2.25 p. 100 par année[1]. En nous inspirant de cette projection plus faible, la proportion de la Dépense nationale brute pour les soins de santé serait quelque peu supérieure.

Si l'on prend pour base les régimes actuels déjà institués, la proportion de la Dépense nationale brute plus faible (chiffrée en dollars courants) pour les soins de santé atteint 5.8 p. 100 en 1971. Si le Régime de services de santé que nous recommandons est institué, la proportion des dépenses en soins de santé par rapport à la Dépense nationale brute serait de l'ordre de 6.4 p. 100 en 1971, soit une différence d'environ ½ p. 100.

Si le Régime que nous recommandons est institué, la proportion de la Dépense nationale brute (en dollars (1957) *constants*) pour les soins de santé serait de l'ordre de 6.4 p. 100 en 1971 et de 7.4 p. 100 en 1991, soit une augmentation de 1.2 p. 100 au cours de la décennie et de 2.2 p. 100 pendant la période de trente ans.

Le détail de ces variations est présenté au chapitre 20, mais il y est dit que, si la croissance de la Dépense nationale brute est plus lente, la proportion consacrée aux soins de santé ne dépasserait probablement pas 7 p. 100 au cours de la période 1961-1991.

Nous croyons qu'il doit exister un juste rapport entre les ressources consacrées par la nation aux services de santé et les ressources affectées à d'autres fins. L'économie en expansion du Canada peut se permettre, nous en

---

[1] Les autres projections de la Dépense nationale brute (Produit national brut) sont présentées au chapitre 19.

sommes convaincus, de consacrer 6 p. 100 de la Dépense nationale brute aux services de santé en 1971 et entre 6.4 et 7 p. 100 en 1991, sans nuire en aucune façon aux besoins d'autres biens et services qu'exige la population canadienne, afin d'édifier une économie plus forte et de réaliser un plus haut niveau de vie.

En somme, le gros du régime grandissant de soins de santé au Canada pourrait se payer au moyen du revenu supplémentaire provenant de l'utilisation plus efficace de nos ressources et de l'augmentation continue de l'économie. Nous croyons que l'expansion de l'économie canadienne que nous envisageons pour les trente prochaines années peut se réaliser pleinement si la gestion privée et publique de nos affaires se montre compétente et si le pays applique résolument une politique économique judicieuse et pratique. Nous concluons que la croissance économique future du Canada est d'une telle grandeur que, même dans le cadre de prévisions prudentes, le pays peut instituer immédiatement le régime de soins de santé que nous recommandons dans ce rapport.

Même si la mise sur pied du Régime de services de santé que nous envisageons ne doit pas déterminer une forte augmentation de la proportion de la Dépense nationale brute affectée aux soins de santé, il est manifeste que les gouvernements devront disposer de plus de revenus. Cela tient au glissement des dépenses en soins de santé personnels du secteur privé au secteur public de l'économie, dans la mesure où les paiements actuels directs ou par primes versées à des régimes privés seraient remplacés par des impôts ou des primes versées au futur régime public. Chaque citoyen canadien aura davantage à payer en impôts ou en primes, mais il disposera d'un pouvoir de dépense supérieur. En outre, l'expansion du Produit national brut permettra au gouvernement fédéral et aux gouvernements provinciaux d'obtenir plus de revenus de la fiscalité sans modifier grandement l'incidence des impôts. Comme une autre commission royale fédérale est en train de se pencher sur l'ensemble de la fiscalité, nous nous abstenons de formuler des recommandations particulières au sujet du financement des services de santé. Nous tenons, cependant, à faire quelques observations d'ordre général.

Nous voulons d'abord mentionner que de nombreux groupes de gens de toutes classes et de tout le pays reconnaissent qu'un régime plus étendu de soins de santé se traduira par une augmentation des impôts et par des primes; tous ces groupes se sont dits prêts à accepter ces impôts supplémentaires, s'ils sont bien répartis, afin de payer les avantages que vaudra aux Canadiens un régime complet de soins de santé[1].

Nous avons décrit plusieurs méthodes de paiement par anticipation dans la Charte de santé: primes, primes subventionnées, taxes de vente et autres, complétées, selon qu'en décidera chaque province, d'un supplément provenant des recettes générales, et aussi des subventions fédérales mentionnées à 1), 2), et 3) ci-dessus. Pour être admises à bénéficier d'une subvention fédérale, les provinces ne seraient pas tenues de se conformer à un cadre

[1] Voir chapitre 21.

rigide; il suffira que les services de santé inscrits dans le régime s'étendent à tous les gens et soient accessibles à tous, sans égard à l'âge, à l'état de santé ou à la situation de fortune, aux mêmes conditions pour tous.

Nous faisons ressortir dans notre analyse au chapitre 10 que les provinces ont adopté des moyens divers de payer les frais hospitaliers dans le cadre du régime conjoint actuel. En ce faisant, elles ont choisi le moyen le plus approprié à leur économie. Nous croyons que les méthodes de financement adoptées par les provinces devraient aussi s'appliquer aux régimes conjoints du secteur des soins personnels de santé comme le recommande ce Rapport.

Il existe d'autres domaines fiscaux auxquels les provinces pourraient songer pour financer leur part d'un régime de soins personnels de santé. Elles pourraient, par exemple, incorporer le régime employeur-employé d'assurance-maladie actuel dans un régime contributif général appelé à financer tous les services de santé.

Une autre possibilité est le moyen que nous a fait valoir la Filiale du Québec de l'Association des médecins de langue française du Canada[1], d'établir une loterie provinciale dont le produit net servirait uniquement à des fins d'ordre sanitaire. Il faudrait pour cela, bien entendu, modifier le Code criminel. Nous ne préconisons pas l'emploi des loteries. Cependant, si une province veut en instituer une à seule fin de financer les services de santé, le gouvernement fédéral pourrait bien, à sa demande, soumettre au Parlement les modifications nécessaires à apporter au Code criminel.

Les revenus dont il a besoin pour contribuer sa part au régime de soins de santé, y compris les services hospitaliers, le gouvernement fédéral doit les tirer des impôts imposés par le Parlement. Nous savons qu'on soutient que, lorsque les gouvernements paie des services au moyen des revenus généraux, le bénéficiaire de ces services ne sait pas suffisamment ce qu'ils lui coûtent. Aussi, dans la perception des impôts nécessaires pour défrayer sa part au régime que nous proposons, le gouvernement fédéral devrait-il, sans assigner les revenus, bien marquer dans l'esprit du contribuable que ces impôts supplémentaires se rattachent aux services de santé qu'il reçoit.

Un dernier point porte sur l'efficacité de la contribution du gouvernement fédéral, par le moyen d'une co-subvention, au fonctionnement de régimes qui relèvent généralement des provinces. Nous examinons l'efficacité de cette contribution financière fédérale aux régimes établis et administrés par les provinces au chapitre 21[2] et nous avons conclu que cette méthode constitue le moyen le plus efficace et le plus pratique de lancer de nouveaux régimes qui assureront à tous les Canadiens l'égalité de chances indispensable à l'unité canadienne et au progrès du pays comme nation.

Nous pouvons entrevoir le jour, cependant, où le régime complet et universel de soins de santé que nous recommandons aura été adopté par

---

[1] Filiale du Québec de l'Association des médecins de langue française du Canada, mémoire présenté à la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Montréal, 17 avril 1962, p. 37.

[2] Voir aussi M. E. Hanson, *Les finances publiques et les services de santé*, étude préparée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964.

toutes les provinces et fonctionnera depuis un certain nombre d'années, ce qui sera la preuve de sa viabilité et de la faveur qu'il aura trouvée auprès de toute la population.

Lorsque ce jour sera arrivé, et si une province le demandait, le gouvernement fédéral pourrait aviser à une méthode de financement grâce à quoi il renoncerait à un secteur des domaines fiscaux qui assurerait à la province des revenus égaux aux sommes qu'elle touchait en subventions fédérales, à condition que la province s'engage à maintenir dans l'avenir le régime à la même envergure et à continuer de participer avec le gouvernement fédéral et les autres provinces à la planification et à l'intégration des services de santé pour *tous* les Canadiens.

La Commission recommande:

190. Que les méthodes de financement de la part provinciale du régime de soins personnels de santé recommandé soient laissées entièrement aux provinces, comme c'est le cas actuellement du financement de la part provinciale du régime d'assurance-hospitalisation.

191. Que les provinces avisent à des méthodes de financement supplémentaires, y compris la possibilité d'incorporer le régime actuel employeur-employé d'assurance-maladie dans un régime contributif général destiné à financer tous les services de santé.

192. Que le gouvernement fédéral, si la demande lui en est faite par une province qui désire établir une loterie uniquement pour aider à financer les services de santé, pourrait soumettre à l'approbation du Parlement la modification à apporter au Code criminel.

193. Que le gouvernement fédéral finance sa part du coût du régime de soins de santé en versant une subvention contributive de 50 p. 100 des frais réels, une subvention administrative de 50 p. 100 des frais d'administration du régime à concurrence de 5 p. 100 des frais réels et une subvention supplémentaire fiscale aux provinces économiquement les plus faibles au moyen d'une fiscalité équitable.

194. Que les impôts perçus par le gouvernement fédéral pour payer le régime amplifié de services de santé soient identifiés de façon à indiquer clairement au contribuable que les impôts qu'il paie couvrent les services de santé qui lui sont accessibles.

195. Que, si le Régime complet et universel de services de santé que nous recommandons est adopté par toutes les provinces et lorsqu'il aura fonctionné depuis un certain nombre d'années, le gouvernement fédéral pense, si une province lui en fait la demande, à se retirer d'une certaine partie des domaines fiscaux équivalente à la subvention fédérale payée à la province, à condition que la province en cause s'engage à maintenir dans l'avenir le régime à la même envergure et à continuer de participer avec le gouvernement fédéral et les autres provinces à la planification et à l'intégration des services de santé pour tous les Canadiens.

18. *Subventions nationales à la santé*

Les Subventions nationales à la santé, mentionnées au chapitre 10, se rangent dans cinq grandes catégories:

(1) Des subventions aux services relatifs à des maladies particulières ou à un groupe particulier
   a) hygiène mentale
   b) lutte antituberculeuse
   c) lutte anticancéreuse
   d) réadaptation médicale et enfants infirmes
   e) hygiène infantile et maternelle

(2) Une subvention aux services et aux activités d'ordre général concernant l'hygiène publique (Subvention générale à la santé publique);

(3) Une subvention à la recherche concernant la santé publique (Subvention aux travaux de recherche sur l'hygiène publique);

(4) Une subvention à la formation d'effectifs professionnels de la santé (Subvention à la formation professionnelle);

(5) Une subvention à frais partagés à l'établissement d'installations de la santé (Subvention à la construction d'hôpitaux).

Les cinq subventions relatives à des maladies et à des groupes (hygiène mentale, lutte antituberculeuse, lutte anticancéreuse, réadaptation médicale et enfants infirmes, hygiène infantile et maternelle) ont servi à une foule de fins dont le traitement, la recherche, la formation de personnel et autres activités qui s'inscrivent traditionnellement sous le titre «santé publique». A mesure que nos recommandations au sujet du Régime de services de santé seront adoptées par le gouvernement fédéral et appliquées par les provinces, ces subventions devraient peu à peu disparaître tout en étant maintenues, cependant, au bénéfice des provinces qui n'établissent pas immédiatement le Régime de services de santé. Cela est particulièrement important dans le cas de la subvention relative à la réadaptation médicale et aux enfants infirmes qu'il faudra probablement accroître pour assurer le financement provisoire des services destinés aux enfants infirmes.

Par suite de la création du Régime de services de santé, il restera encore un certain nombre de fonctions, en particulier la «santé publique» et la recherche, qui se rattachent actuellement aux cinq subventions relatives à des maladies particulières et à des groupes particuliers. Ainsi des fonctions «de santé publique» ont-elles été financées par des fonds provenant de l'hygiène mentale, de la lutte antituberculeuse et d'autres subventions, tandis que des sommes importantes provenant de ces subventions particulières ont été affectées à la Subvention aux travaux de recherche sur l'hygiène publique. Cela se voit bien à ce que, ces dernières années, les dépenses totales en recherches ont dépassé de plus de 100 p. 100 le montant expressément destiné à cette subvention.

Il faudra nécessairement augmenter la Subvention à l'hygiène publique et la Subvention aux travaux de recherche sur l'hygiène publique en leur affectant une certaine tranche des cinq autres subventions particulières à mesure que celles-ci seront discontinuées.

Il y a une autre subvention qu'il faudra maintenir et augmenter. C'est la subvention à la formation professionnelle qui a été aussi grossie par les sommes prises sur les autres subventions et affectées à des fins d'enseignement, sommes qui portent la dépense consacrée à la formation professionnelle à plus du double de la subvention officielle. On trouvera des indications du rôle futur que cette subvention est appelée à jouer sous les rubriques suivantes du présent chapitre:

Hygiène mentale, alcoolisme et narcomanie
(Recommandations 2, 3, 4 et 22)

Services d'optique
(Recommandation 94)

Services et appareils de prothèse
(Recommandation 115)

Formation et recrutement des infirmières
(Recommandations 134-136)

Formation et recrutement des médecins
(Recommandations 144 et 152)

Formation et recrutement des dentistes
(Recommendations 158, 164, 165 et 173).

En outre, comme nous le recommandons ailleurs[1], il faudra adopter immédiatement une nouvelle subvention pour financer le Régime de soins dentaires destinés aux enfants. La Subvention à la construction d'hôpitaux doit être transférée au Fonds d'expansion des installations de la santé.

On trouvera aussi sous les rubriques suivantes des recommandations particulières relatives au régime des subventions nationales à la santé, indépendamment de la Subvention à la formation professionnelle:

Services dentaires
(Recommandations 39, 41 et 51)

Services hospitaliers
(Recommandation 102)

Services de soins à domicile
(Recommandations 122 et 123)

Fonds d'expansion des installations de la santé
(Recommandation 176)

La Commission recommande:

196. Que des dispositions soient prises pour mettre fin au régime actuel des subventions à l'hygiène versées aux provinces à l'égard de classes particulières de maladies et de groupes particuliers de gens au fur

[1] Voir recommandation 39.

et à mesure que chaque province commencera à toucher la Subvention aux services médicaux, mais que les subventions soient maintenues dans leur forme actuelle pour les autres provinces jusqu'à ce que toutes reçoivent la Subvention aux services médicaux. L'unique exception devrait être la Subvention relative à la réadaptation médicale et aux enfants infirmes qu'il faudrait maintenir à titre provisoire afin de donner suite à notre recommandation 200 (3) que la priorité soit accordée aux services destinés aux enfants infirmes.

197. Que le versement des subventions ci-dessous soit continué aux provinces qui recevront la Subvention aux services médicaux, sauf les modifications suivantes:

a) Augmenter à $1 par habitant la Subvention à l'hygiène publique en général;

b) Augmenter la Subvention à la formation professionnelle en conformité des conditions contenues dans nos recommandations relatives à cette subvention; assurer aussi une plus grande souplesse aux allocations relatives aux bourses d'étude, aux manuels et aux frais de scolarité;

c) Transférer au Conseil de recherches en sciences de la santé la dotation et l'administration de la Subvention aux travaux de recherche sur l'hygiène publique, aussi bien que les montants d'autres subventions qui sont actuellement affectés à la recherche.

198. Qu'une Subvention à la santé dentaire des enfants soit instituée en 1967 pour payer la moitié du coût d'un Régime de soins dentaires destinés aux enfants, régime qui débutera en 1968.

19. *Rangs de priorité*

Nous avons insisté au chapitre 1 sur certains domaines où nous estimons qu'il est particulièrement impérieux d'agir. Nous sommes fermement convaincus qu'il y a moyen d'établir promptement la plupart des services que nous recommandons dans le cadre du Régime des services de santé[1] et nous désirons souligner de nouveau ce que nous avons déjà dit[2], savoir que:

> Nous savons que la pénurie de médecins, de dentistes, d'infirmières et d'autres effectifs paramédicaux gênera l'établissement du plein régime de services personnels de santé qu'envisage notre Charte; néanmoins, l'existence de la pénurie ne doit pas être invoquée pour différer l'amorce de régimes et de plans.

Pour ce qui est des pénuries actuelles ou prévues d'effectifs, il faut adopter *immédiatement* des mesures afin d'assurer l'enseignement et la formation d'un personnel suffisant et, s'il le faut, l'expansion indispensable des instal-

[1] Voir recommandation 1.
[2] Voir chapitre 1.

lations d'enseignement et de formation au moyen des programmes accélérés que nous avons recommandés.

Nous présentons ici un ordre de priorités pour la réalisation des diverses parties du Régime, mais nous tenons, cependant, à bien préciser que cela ne signifie pas qu'il faille terminer une étape du régime avant de pouvoir en commencer une autre: on peut à coup sûr planifier un service tout en en créant un autre. On devrait normalement planifier plusieurs services à la fois.

Une planification d'ordre administratif et fiscal doit, bien entendu, précéder l'introduction d'un service.

La Commission recommande:

199. Qu'une conférence fédérale-provinciale soit convoquée dans les six mois suivant le dépôt du volume I du présent rapport:

a) afin d'amorcer les plans et les arrangements fiscaux nécessaires pour assurer l'établissement coordonné de l'ensemble du Régime;

b) afin d'en arriver à une entente sur la réalisation du Régime de services de santé que nous avons recommandé.

200.

(1) Que des mesures soient adoptées, en attendant la tenue de cette conférence, pour apporter les modifications recommandées dans le plan de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques en particulier les suivantes:

a) La désignation de salles d'hôpitaux de maladies mentales où des malades reçoivent des soins actifs ou de convalescence, et d'hôpitaux de tuberculeux comme «installations» aux termes de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques.

b) L'établissement de services externes comme une condition de tout autre paiement à l'égard des prestations relatives aux hospitalisés;

c) La reconnaissance des installations de diagnostic établies dans les cliniques et les bureaux de spécialistes agréés comme «installations» aux termes de la loi.

(2) Que, durant la même période, des consultations soient amorcées avec les institutions d'enseignement:

a) En vue de donner suite aux recommandations relatives aux programmes accélérés pour l'enseignement et la formation d'effectifs de la santé;

b) En vue d'organiser et d'affecter les ressources nécessaires à l'introduction du Régime de soins dentaires destinés aux enfants.

(3) Que la fourniture de services aux enfants arriérés et aux enfants infirmes commence sous peu dans le cadre des Services d'hygiène mentale et des Programmes de subventions à l'hygiène.

(4) Que la loi nécessaire soit adoptée le plus tôt possible afin de transformer le Conseil de recherches en sciences médicales en Conseil de recherches en sciences de la santé, comme nous le recommandons, et de le doter des fonds suffisants.

En ce qui concerne toutes les autres recommandations, il faudrait les adopter à mesure qu'on en viendra à une entente avec les provinces et à mesure que les dispositions d'ordre structural et financier pourraient être prises.

IMPLICATIONS DES RECOMMANDATIONS

Nous pouvons maintenant spécifier quels sont les besoins marquants en fait de personnel, d'installations et d'argent qu'entraînent nos recommandations pour la décennie 1961-1971 et, le cas échéant, pour la période 1961-1991.

Bien qu'une organisation efficace et une continuelle remise en cause de la structure des services de santé doivent améliorer la somme et la qualité des soins de santé, cependant cela ne suffira pas en soi, à fournir aux Canadiens les soins de santé les meilleurs possibles. A cause de la croissance et de la composition mobile de la population canadienne, de l'augmentation du revenu par habitant, de l'expansion de la recherche scientifique et médicale et de la compréhension grandissante des avantages que valent les services de santé, il faudra absolument augmenter la provision du personnel compétent de la santé et les installations de santé appropriées. Malgré les progrès réalisés depuis la fin de la guerre et la situation avantageuse des Canadiens, par rapport à beaucoup d'autres pays, c'est encore une tâche formidable que celle d'assurer un personnel et des installations suffisants.

PERSONNEL

Afin d'assurer les services de santé dont les Canadiens auront besoin dans l'avenir, il faut augmenter comme il suit le personnel significatif de la santé:

1. Médecins—Entre 1961 et 1971, il faudra ajouter 7,100 médecins à l'effectif actuel. Cependant, l'addition nette, déduction faite des migrations, des retraites et d'autres pertes, sera de 5,340. Entre 1961 et 1991, l'effectif des médecins devra connaître une augmentation nette d'au moins 19,350.
2. Dentistes—Entre 1961 et 1971, il faudra ajouter à l'effectif au moins 2,130 dentistes. Cependant, l'addition nette (après les migrations, retraites et autres pertes) atteindra 1,270. Entre 1961 et 1991, l'effectif des dentistes devra connaître une augmentation nette d'au moins 8,550.

3. Infirmières—Entre 1961 et 1971, il faudra, d'après nos projections, ajouter à l'effectif entre un minimum de 20,000 et un maximum de près de 42,000 infirmières pour répondre aux besoins grandissants et pour remplacer celles qui quitteront la profession. Beaucoup de ces infirmières supplémentaires devront posséder un grade universitaire et une formation post-universitaire.
4. Auxiliaires dentaires—Entre 1968, année où nous envisageons que commencera à fonctionner le Régime des soins dentaires destinés aux enfants, et 1971, l'effectif des auxiliaires dentaires devra s'accroître d'environ 3,000. En 1976, leur nombre devra avoir augmenté à environ 9,000.

INSTALLATIONS

Afin d'assurer les services de santé et le personnel de la santé nécessaires, il faudra établir de la façon suivante les installations d'enseignement et d'hospitalisation de grande portée:

5. Écoles de médecine—Entre 1961 et 1971, il faudra créer 476 places nouvelles en agrandissant les écoles existantes et en en construisant 4 nouvelles. Entre 1961 et 1991, le nombre des places nouvelles devra augmenter de plus de 1,000.
6. Écoles d'art dentaire—Entre 1961 et 1971, il faudra fournir une centaine de nouvelles places en agrandissant les écoles existantes; entre 1961 et 1991, le nombre devra en augmenter d'environ 300, ce qui exigera la construction de quatre écoles d'ici 1979.
7. Écoles d'auxiliaires dentaires—Vers 1968, de 7 à 10 nouvelles écoles de formation d'auxiliaires dentaires devront être créées.
8. Installations hospitalières—Notre projection des besoins en fait de soins hospitaliers envisage la création de 60,000 lits entre 1961 et 1971; 40,000 sont nécessaires pour répondre aux besoins de la population grandissante et aux besoins déterminés par l'amélioration des soins donnés aux malades et aux arriérés mentaux, et 20,000 le sont pour remplacer des installations désuètes ou pour compenser la migration des ruraux vers les villes.

FINANCES

Les répercussions financières de la prestation de services de santé dans l'avenir sont présentées ici sous deux formes: en dollars (1957) *constants,* ou en chiffres réels, pour un certain nombre d'années entre 1961 et 1991 et en dollars *courants* pour les années 1966 et 1971. La projection des dépenses en dollars (1957) *constants* se fonde uniquement sur l'hypothèse que les régimes que recommande le présent rapport seront créés. Les projections des dépenses en dollars *courants* revêtent deux formes: (1) dans l'hypothèse que ne changera pas la portée des régimes publics de soins de santé tels

qu'ils existaient en 1961 et (2) dans l'hypothèse que les régimes que recommande le rapport seront institués[1]. La proportion de la Dépense nationale brute attribuée aux soins de santé dans le cadre de ces diverses hypothèses est expliquée à la page 85; les autres estimations sont présentées ci-dessous. *Dépenses en dollars (1957) constants, 1961-1991:* Les grandes répercussions financières de ces projections en dollars (1957) *constants* sont les suivantes:

9. Dans l'hypothèse de l'institution des régimes recommandés ici et compte tenu de la recherche sur la santé et les subventions à l'enseignement, les dépenses par habitant passent, entre 1961 et 1971, de $99 à $150 et les dépenses totales s'élèvent de 1,813 à 3,390 millions.

10. Dans l'hypothèse encore de création des régimes recommandés et compte tenu de la recherche sur la santé et des investissements de santé, la dépense par habitant passe, entre 1961 et 1971, de $99 à $240 et les dépenses totales s'élèvent de 1,813 à 8,427 millions.

Dépenses en dollars courants, 1961-1971: Les principales implications financières découlant de ces projections sont les suivantes:

11. Si le plan des régimes publics de soins de santé ne change pas et si les dépenses consacrées à la recherche sur la santé et aux subventions à la formation sont exclues, les dépenses par habitant, d'après les projections, augmentent de $110 à $142 et les dépenses totales s'accroissent de 2,007 à 2,873 millions entre 1961 et 1966. Entre 1966 et 1971 les dépenses par habitant, d'après les projections, s'élèvent à $178 et les dépenses totales à 4,015 millions.

12. Si les régimes recommandés sont institués et si les dépenses consacrées à la recherche sur la santé et aux subventions à la formation sont exclues, les dépenses par habitant augmentent de $110 à $147 et les dépenses totales de 2,007 à 2,994 millions entre 1961 et 1966; les premières passent à $195 et les secondes à 4,407 millions entre 1966 et 1971. Si l'on tient compte des dépenses consacrées à la recherche et aux subventions pour la formation, les dépenses projetées par habitant atteignent $198 en 1971 et les dépenses totales, 4,481 millions.

13. En 1971, le coût annuel de maintien de notre régime actuel de services de santé, avec toutes ses limitations et ses insuffisances, serait de 4,015 millions ou de $178 par habitant. Une somme additionnelle de 466 millions ou de $20 par habitant permettra de financer le Régime de services de santé complet et universel que nous recommandons[2]. Cela assurerait à tous les Canadiens *les meilleurs soins de*

---

[1] A cause des limitations des données disponibles, on n'a pu projeter les dépenses affectées à la recherche sur la santé et à l'enseignement de la santé en posant comme hypothèse qu'il n'interviendra aucun changement dans le plan des régimes publics de santé tels qu'ils existaient en 1961. Le point est étudié au chapitre 20.

[2] Pour un exposé plus détaillé, voir chapitre 20.

santé possibles que nous puissions actuellement prévoir; et surtout cela assurerait une base qui permettrait au génie des savants canadiens de s'épanouir et d'ouvrir la perspective d'un avenir encore meilleur, à mesure que la science continuera à percer les secrets de la maladie et à découvrir de nouvelles armes dans la lutte éternelle de l'homme pour la maîtriser.

CONCLUSION

En conclusion, qu'on nous permette de souhaiter que tous ceux qui s'intéressent à la santé des Canadiens collaborent dans l'harmonie et avec dévouement à tous les niveaux du gouvernement. On peut s'attendre à des résultats impressionnants quand il existe une réelle coopération et qu'on a le sentiment de l'urgence. On peut citer en exemple la réussite des gens qui, avec la coopération des Ministères fédéral et provinciaux de la santé, ont fait face à la tragédie de la thalidomide. Un comité interprovincial formé en août 1962 s'est réuni un mois plus tard et, pendant six mois, a visité les principaux centres aux États-Unis et en Europe pour relever et assimiler toute l'information nécessaire. En novembre 1962 on a donné un cours préliminaire pour les représentants de chaque province, après quoi on a institué un cours beaucoup plus complet qu'ont suivi, en mai 1963, 110 représentants choisis venant de toutes les provinces. Des subventions spéciales de recherche, promptement fournies par les gouvernements fédéral et provinciaux, selon le régime des frais partagés, ont permis d'établir trois centres de recherches en prothèse et d'entraînement des enfants infirmes, à Montréal, à Toronto et à Winnipeg et qui ont donné des résultats significatifs. Est-ce que les Canadiens ne sont pas en lieu d'espérer une même promptitude dans l'action et la coopération pour d'autres problèmes de santé?