# PARTIE III LES SERVICES DE SANTÉ ACTUELS

# Le développement des services de santé

Le développement des services de santé au Canada tient surtout aux progrès scientifiques et techniques de la médecine et des disciplines connexes. Leur portée, leur répartition et leur emploi sont le résultat de l'interaction des facteurs démographiques, sociaux et économiques qui influent sur l'attitude et l'état de la santé de la population canadienne.

Notre première tâche est d'établir les divers éléments qui constituent nos services de santé. Voilà pourquoi nous décrivons le développement et faisons voir la complexité de ces services dans les chapitres 7 à 12. Ces chapitres portent sur les services, les installations et les coûts actuels, puis indiquent les avantages économiques à tirer des services de santé. Nous passons ensuite aux problèmes qui se posent dans le domaine de la santé, et aux diverses lacunes et déficiences qui y existent; nous traitons de ces questions aux chapitres 13 à 18.

L'historique de la santé et des services de santé du Canada est donné en détail dans un autre texte<sup>1</sup>. Il est nécessaire, cependant, d'exposer brièvement les facteurs qui influent sur le développement de nos services de santé afin de comprendre pourquoi on s'inquiète de plus en plus de leur suffisance et de leur fonctionnement, situation qui a amené la nomination de cette Commission.

Les services de santé du Canada, dont la multiplicité et la diversité sont déroutantes aujourd'hui, étaient assez simples à leurs débuts. La société était beaucoup plus simple alors; elle présentait un caractère surtout rural et comportait un élément urbain qui différait autant de la cité moderne que l'idyllique Mariposa des Sunshine Sketches diffère de la métropole d'aujour-d'hui.

Lorsqu'on était malade, on mandait le médecin ou on se présentait chez lui. Le cabinet du médecin ressemblait à un salon plutôt qu'à un laboratoire; les instruments et les médicaments accessibles alors à la médecine se trouvaient dans un coin de la pièce et les manuels dans un autre. C'était tout à la fois le cabinet de consultation et de travail et la salle d'examen.

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> J. E. F. Hastings et W. Mosley, Les services de santé communautaires organisés, étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964, et renvois indiqués dans l'Avant-propos.

Le médecin—qui était l'un des deux ou trois professionnels de la collectivité —était le conseiller tout autant que l'homme de l'art; sa pratique de la médecine était davantage un art qu'une science. Lui seul traitait toutes les affections du malade et celles des autres membres de sa famille. A titre de médecin général, il remplissait le rôle de chirurgien, d'accoucheur, de pédiatre, de psychiatre et de pharmacien; il possédait toutes les connaissances que la science médicale pouvait lui offrir.

Lorsqu'il allait aux malades, il se déplaçait en buggy, en traîneau ou à cheval; les malades qui venaient à lui utilisaient les mêmes moyens de déplacement. La maison paternelle était d'habitude assez grande pour loger les membres de plusieurs générations de la même famille et quelqu'un pouvait toujours y faire fonction d'infirmière. La mère, la grand-mère ou la tante en savaient assez pour intervenir dans les accouchements, soigner la mère et le nouveau-né et traiter bien d'autres maladies—sur l'avis du médecin ou, au besoin, sans son conseil.

Il existait bien des hôpitaux, mais ils n'avaient guère plus à offrir que le médecin ne pouvait exécuter dans son cabinet ou au domicile du malade. Les hôpitaux servaient surtout à loger les cas désespérés ou les sans-ressources, et ne leur fournissaient pas beaucoup plus qu'un lieu où faire leur maladie. En comparaison d'aujourd'hui, les hôpitaux d'autrefois n'étaient que des abris ou des asiles pour les malades. On avait commencé à comprendre que le soin des malades et des blessés exigeait des méthodes et des connaissances particulières.

Le médecin était celui qui incarnait tout le savoir et l'art de la médecine. Aujourd'hui, ces hôpitaux feraient tout probablement figure de foyers de garde. Les soins que le pauvre recevait lui étaient dispensés par charité par le médecin et l'hôpital.

Durant la première moitié du XIX° siècle, les organismes de santé publique ont fait leur apparition lorsque les premiers bureaux de santé ont été établis pour enrayer les ravages causés par les épidémies de maladies contagieuses. Il y eut une grande épidémie de choléra en 1832 à l'arrivée d'un nombre considérable d'immigrants irlandais. Les services de santé de l'époque ne purent suffire au déluge de malades et de mourants, et l'épidémie se répandit parmi les habitants des colonies. Les autorités établirent un bureau de santé à Québec et une station de quarantaine dans le voisinage, à Grosse-Isle. «Les législatures du Bas-Canada, de la Nouvelle-Écosse, du Nouveau-Brunswick, du Haut-Canada et de Terre-Neuve adoptèrent en 1832-1833 une loi afin d'établir des bureaux locaux de santé et de lutter ainsi contre l'épidémie¹.» Le typhus éclata en 1847 et le choléra réapparut en 1849, ce qui amena la création d'un bureau central de santé. De graves épidémies de choléra survinrent encore en 1854 et 1865 et d'autres bureaux locaux de santé virent le jour. «Ainsi donc, à l'époque de la Confédération

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Ibid., Avant-propos.

en 1867, les grands problèmes de santé publique au Canada étaient les épidémies périodiques de maladies contagieuses comme le choléra, le typhus et la petite vérole<sup>1</sup>.» A la fin du siècle, les découvertes de Pasteur amenèrent l'adoption de mesures destinées à enrayer les maladies contagieuses, si bien que dans les premières décennies du siècle présent la lutte contre les épidémies avait réalisé de grands progrès. Des transformations se produisirent dans les soins hospitaliers. Les découvertes de Seimmelweiss, de Lister et de Pasteur préfigurèrent nos méthodes actuelles d'asepsie hospitalière. Les techniques de chirurgie et d'anesthésie firent de grands progrès, ce qui diminua les dangers qu'elles comportaient. Il se construisit plus d'hôpitaux dans les provinces nouvelles de l'Ouest. «Des congrégations religieuses ou des organismes privés laïcs en dirigeaient encore beaucoup, mais de plus en plus il se construisit d'autres hôpitaux collectifs par les soins de municipalités ou de groupes de municipalités qui en assuraient aussi la direction<sup>2</sup>.»

L'art dentaire devint une profession organisée et licenciée. En 1868, il y eut constitution du Collège royal des chirurgiens-dentistes qui avait pour fonctions d'enseigner et d'homologuer. C'est en 1875 que s'établit au Canada la première école d'art dentaire sous les auspices du Collège royal des chirurgiens-dentistes<sup>3</sup>.

Les soins infirmiers devinrent une profession spécialisée. La première école hospitalière d'infirmières vit le jour en 1873 au General and Marine Hospital de St. Catharines (Ontario)<sup>4</sup>.

Dans les décennies subséquentes, la médecine participa pleinement au progrès scientifique rapide qui étendit sans cesse le domaine du savoir médical et força à subdiviser l'exercice de la médecine en spécialités toujours plus nombreuses. Simultanément, la science apporta au médecin une gamme sans cesse plus étendue de matériel technique qui s'ajouta et se substitua en partie à ce qui déjà était l'art de guérir. Médecin et malade disposaient de meilleurs moyens de communication et de transport. Une foule de techniques médicales est apparue. Les hôpitaux se dotèrent de matériel très complexe et invitèrent une grande variété de techniciens. La science a amélioré les moyens de combattre la maladie, ce qui eut pour effet de modifier les problèmes de santé et de morbidité. L'activité des pouvoirs publics locaux, provinciaux et fédéraux dans le domaine de la santé s'intensifia. Des organismes privés entrèrent en action pour combler certaines lacunes de services et de fonds.

A mesure que la société canadienne se fit plus industrialisée, urbanisée et salariée, la demande de services de santé augmenta et le coût des services s'accrut en proportion de leur efficacité. L'élévation du niveau réel des revenus permit de faire face à une partie du renchérissement des services, mais elle contribua aussi à faire connaître davantage les

<sup>1</sup> Ibid.

² Ibid.

<sup>&</sup>lt;sup>8</sup> K. J. Paynter, La formation dentaire au Canada, étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964, chapitre 2.

<sup>4</sup> G. E. F. Hastings, op. cit., Avant-propos.

services et à en augmenter la demande. La question d'aviser aux risques incertains du coût de la maladie pose les mêmes problèmes aujourd'hui que ceux qui se posaient en Angleterre à la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle et au XIX<sup>e</sup>. Ici, comme dans les sociétés d'entraide d'Angleterre, le paiement privé anticipé a eu des débuts qui remontent à plus de 300 ans<sup>1</sup>. Depuis une vingtaine d'années, il s'est davantage étendu, d'abord aux services hospitaliers, surtout sous la forme des régimes de la Croix-Bleue, puis aux soins médicaux. Les gouvernements ont graduellement assumé dans ce domaine un rôle plus grand qui a abouti à la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques en 1957. Sont venus ensuite des régimes d'assurance pour soins médicaux dans quelques provinces. Déjà, en 1928, les Communes avaient adopté une motion portant que «le Comité permanent spécial des relations industrielles et internationales soit autorisé à faire enquête et rapport sur l'assurance contre le chômage, la maladie et l'invalidité<sup>2</sup>.» La question de l'assurancemaladie a été étudiée à fond par le Comité consultatif de l'assurance-maladie, dont le rapport a paru peu après l'achèvement du rapport Beveridge en Angleterre en 1942. Les deux rapports traduisaient le grand désir de sécurité qu'éprouvait le monde de l'après-guerre à la suite des souffrances endurées durant le marasme économique et la guerre. Cet état de choses eut pour aboutissement l'adoption du Programme des subventions nationales à l'hygiène en 1948, et de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques en 1958. Des programmes d'aide furent créés pour assurer des pensions à certains groupes d'invalides, et les soins médicaux ont été rendus gratuitement accessibles à divers groupes de citovens (assistés publics, anciens combattants et militaires). En plus de concourir au financement des services de santé, cependant, certains gouvernements ont depuis longtemps dépassé le domaine qu'on a défini à l'origine comme étant celui de la santé publique, par opposition aux services de santé personnels. Ils ont assuré des services à des maladies qui entraînent des dépenses dont le montant serait d'ordinaire beaucoup trop élevé pour la majorité des gens, par exemple la tuberculose, les maladies mentales et le cancer.

Une façon de voir l'ensemble de nos ressources présentes en services de santé est de faire le bilan du personnel et des installations sanitaires dont dispose, mettons, une tranche de 100,000 Canadiens.

Au sommet de la phalange du personnel de santé se situent les médecins et les chirurgiens, et il s'en trouve 1,150³ pour servir chaque tranche de 100,000 Canadiens. Ce nombre comprend les généralistes et les spécialistes. Ces derniers obtiennent leur titre en poussant leurs études et en étant certifiés par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, ainsi que par le Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec.

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Voir chapitre 10.

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> Assurance-maladie, rapport du Comité consultatif de l'assurance-maladie, nommé par décret du Conseil, C.P. 836, le 5 février 1942, Ottawa, Imprimeur du Roi, 1943.

<sup>&</sup>lt;sup>8</sup> Voir chapitre 7. Il s'agit des chiffres de 1961, sauf indication contraire.

Voici certaines des spécialités et leur personnel pour 100,000 Canadiens<sup>1</sup>:

Chirurgie générale	9.16	Psychiatrie	3.03
Médecine interne	7.58	Radiologie	2.86
Obstétrique et gynécologie	3.93	Pathologie	1.34
Ophtalmologie et		Chirurgie orthopédique	1.21
oto-rhino-laryngologie	3.74	Urologie	1.02
Pédiatrie	3.03	Dermatologie	0.69

Il ne s'agit ci-dessus que de quelques-unes des 21 spécialités auxquelles d'autres encore viennent s'ajouter de temps à autre.

Pour la majorité des malades, le généraliste fait fonction de première ligne de défense et, partant, de contact initial. L'accès à d'autres services de santé a souvent lieu sur sa recommandation, y compris la consultation de spécialistes, l'admission dans un hôpital ou simplement la remise d'une ordonnance. Dans un certain nombre de régions, cependant, des malades s'abstiennent pour différentes raisons de s'adresser au généraliste. Certaines gens qui en ont les moyens recourent au spécialiste en médecine interne comme médecin de famille pour les adultes, et au pédiatre pour les enfants. Les femmes enceintes s'adressent directement à l'obstétricien, tandis que d'autres patients choisissent de leur propre initiative le spécialiste de la vue, l'oto-rhino-laryngologiste, et d'autres spécialistes. En outre, beaucoup de gens vont directement chez l'optométriste. Enfin, le nombre de produits pharmaceutiques achetés sans prescription a fort augmenté<sup>2</sup>.

Le choix d'un spécialiste suppose, il va de soi, que le malade a diagnostiqué lui-même l'affection dont il souffre, et il n'est guère susceptible de se tromper dans le cas de plusieurs symptômes manifestes, par exemple un corps étranger dans l'œil, un mal d'oreille, une fracture de jambe ou une grossesse avancée. Dans plusieurs autres cas, cependant, le malade qui choisit lui-même le spécialiste ne risque qu'une visite inutile si le spécialiste décide que le mal dont souffre le malade n'est pas, comme ce dernier le pensait, «de son domaine».

Cette tendance croissante à consulter directement le spécialiste tient à ce que le public demande des soins médicaux de façon plus éclairée. Aussi, pour une forte proportion des Canadiens, le médecin de famille, qui a présidé à la naissance des enfants, soigné les fractures, enlevé les amygdales et rassuré le malade lorsqu'il ne pouvait faire davantage, est devenu beaucoup moins important.

La gamme des connaissances et des techniques que représentent les spécialités qui se multiplient est vraiment impressionnante. Cependant ces ressources, comme les troupes de première ligne qui se trouvent au front, ne forment qu'une partie de l'armée de la santé. En effet, notre tranche de

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Spécialistes certifiés seulement; voir S. Judek, Les effectifs médicaux du Canada, étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964, chapitre IV, tableau 4-40.

<sup>&</sup>lt;sup>3</sup> Voir chapitre 9.

100,000 Canadiens a aussi à sa disposition 32.2 dentistes<sup>1</sup>, 33.8 infirmières<sup>2</sup>, 49.4 pharmaciens<sup>8</sup>, 4.1 diététiciennes, 3.8 physiothérapeutes, 0.8 ergothérapeutes. 13.8 techniciens de radiologie et 21.2 laborantins spécialisés<sup>4</sup>.

Il s'agit là du personnel extérieur. Naturellement, il y en a d'autres dans les hôpitaux qui assurent des services d'alimentation, d'entretien et de

blanchissage.

Nombreuses aussi sont les installations. Nos 100,000 Canadiens peuvent compter sur 1,075 lits d'hôpital<sup>5</sup>: hôpitaux généraux, 630 lits; hôpitaux pour maladies mentales, 380; et soins pour tuberculeux, 65. Ils ont également à leur disposition un grand service hospitalier de consultation externe.

Il se peut aussi qu'ils aient à leur disposition des installations de réadaptation, des services de soins à domicile et même jusqu'à une douzaine d'organismes privés qui assurent des soins de santé ou des services auxiliaires.

Cela n'est pas tout, cependant, puisqu'il existe des industries importantes qui fournissent des médicaments, du matériel de laboratoire, de radiologie et autre matériel hospitalier, des instruments de chirurgie et des fournitures diverses.

On peut se faire une idée de la situation de l'industrie de la santé dans notre économie si l'on songe que non seulement son personnel s'est accru6, mais encore qu'il a augmenté beaucoup plus rapidement que l'ensemble de la population active<sup>7</sup>. Cette industrie répond pour 6 p. 1008 du Produit national brut, et pour 4.3 p. 100 des emplois au Canada<sup>9</sup>. En outre, en plus des travailleurs rémunérés, elle occupe des milliers de bénévoles dans des centaines d'associations privées, d'auxiliaires hospitalières, et autres.

Cette brève vue générale du développement des services de santé modernes, il faut la rapprocher de ce que nous avons dit dans les chapitres précédents au sujet de l'évolution des concepts de santé et de services de santé<sup>10</sup>, de la structure des revenus, de la composition de la population<sup>11</sup>, et de l'état de santé des Canadiens<sup>12</sup>. C'est ainsi seulement que nous pourrons comprendre pleinement la prolifération de nos services de santé d'aujourd'hui. Cela nous aidera à voir et à comprendre les changements qui sont in-

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> D'après le tableau 13-10.

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> D'après le tableau 13-25.

<sup>&</sup>lt;sup>8</sup>T. Ross, *Le personnel de pharmaciens*, étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964, tableau 2:A:1.

<sup>6</sup>D'après le tableau 7-26. Ces chiffres valent pour 1960 (personnel des hôpitaux

généraux)

<sup>&</sup>lt;sup>5</sup> D'après le tableau 8-1. Ces chiffres valent pour 1960.

<sup>&</sup>lt;sup>o</sup> De 68,000 en 1931 à 281,000 en 1961. Voir chapitre 12, tableau 12-1.

<sup>&</sup>lt;sup>7</sup>Il répondait pour 1.9 p. 100 de la population active du Canada en 1931 et pour 4.3 p. 100 en 1961; le taux moyen de croissance atteignait 6 p. 100 en 1961 contre 2 p. 100 de la population active. Voir chapitre 12, tableau 12-1.

<sup>&</sup>lt;sup>8</sup> En 1961, les dépenses de santé ont totalisé 2,228.7 millions, dont 177.8 millions consa-

crés aux investissements en capital. Voir chapitre 11, tableau 11-7.

La proportion comprend les personnes directement occupées dans l'industrie de la santé. Elle serait beaucoup plus forte si les gens qui y sont indirectement occupés (par exemple, ouvriers du bâtiment hospitalier) y étaient compris.

<sup>10</sup> Voir chapitre 3.

<sup>11</sup> Voir chapitre 4.

<sup>&</sup>lt;sup>18</sup> Voir chapitre 5.

tervenus, ainsi que les traditions apparemment immuables d'où ces services sont issus. Ce sont deux aspects qui importent dans l'appréciation de la situation actuelle, que nous discutons dans la présente partie du rapport, ainsi que dans les plans à adopter en vue de l'avenir. La Partie IV est consacrée à ces derniers. A ces deux étapes de notre enquête, nous nous penchons sur les deux principaux éléments de nos ressources en santé: personnel et installations. Nous retiendrons dans notre analyse que les progrès réalisés jusqu'ici ont enfanté une difficulté d'ordre fondamental.

La révolution scientifique et technologique a créé le paradoxe suivant: d'une part la médecine a considérablement augmenté sa capacité de répondre à la demande de soins médicaux et d'autre part le médecin devient de moins en moins capable d'y répondre seul . . . Le fait est que les soins de santé deviennent l'œuvre d'une équipe de praticiens interdépendants disposant en commun des mêmes installations . . . Cette spécialisation des fonctions est nécessaire autant qu'inévitable, mais elle crée aussi des problèmes et elle est une cause importante de plusieurs des questions qui se posent aujourd'hui dans l'organisation des services de santé<sup>1</sup>.

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> J. E. F. Hastings, op. cit., Avant-propos.

## Effectifs de la santé

#### LA PROFESSION MÉDICALE

On détermine le nombre présent de médecins en activité durant une année donnée en ajoutant, au nombre de ceux qui exercent, la différence entre les entrées dans la profession et les sorties de la profession. Les entrées comprennent les diplômés des écoles de médecine, les immigrants et les médecins étrangers en résidence provisoire, ainsi que ceux qui reviennent à l'exercice de la profession après l'avoir abandonnée pendant un certain temps pour faire des études ou pour d'autres motifs. Les sorties comprennent les médecins qui émigrent, ceux qui meurent et ceux qui abandonnent l'exercice de la médecine. Le nombre présent de médecins, encore qu'il soit d'une importance essentielle dans l'évaluation du personnel actuel et futur des médecins, ne peut être l'unique facteur à considérer. Il faut y ajouter une appréciation de l'utilisation réelle du personnel médical, de sa répartition géographique et de sa spécialisation professionnelle<sup>1</sup>.

## Rapport population/médecins

On évalue habituellement l'effectif des médecins en fonction du rapport population/médecins, soit la population totale divisée par le nombre de médecins habilités, ce qui donne le nombre moyen d'habitants par médecin. Ce rapport, même si on l'invoque souvent, n'indique pas le volume des services médicaux rendus parce qu'il ne révèle pas la nature, l'étendue ni la qualité du travail du médecin. Il ne tient pas compte non plus des caractéristiques sociales, économiques et physiques de la population servie. Même des comparaisons du rapport population médecins à différentes époques donnent des résultats limités en grande partie par suite des nombreux changements qui se produisent avec le temps dans la quantité et la qualité des services médicaux: meilleures méthodes de diagnostic, utilisation plus grande d'un équipement meilleur et nouveau, hôpitaux et autres institutions en plus grand nombre, emploi croissant d'un personnel paramédical varié, à quoi il faut ajouter l'amélioration des moyens de transport qui ont facilité l'accès du malade au médecin et du médecin au malade.

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Une approximation de l'effectif futur des médecins au Canada figure au chapitre 13.

Toutes ces améliorations apportées aux méthodes et aux techniques de la médecine font que le médecin peut aujourd'hui rendre plus de services qu'il ne l'a fait dans le passé. Ces considérations font conseiller la prudence dans l'emploi du rapport population/médecins. Il peut servir d'indicateur grossier pour comparer l'effectif des médecins entre les provinces et les régions, et entre des époques différentes, à condition de tenir compte des conditions nouvelles dans lesquelles s'exerce la médecine.

TABLEAU 7-1 RAPPORT POPULATION/MÉDECINS, CANADA 1901-1961

Année	Médecins civils actifs	Population*	Rapport population/médecins
		(milliers)	
1901	5,475 7,411 8,706 10,020 11,873† 14,325 21,290	5,324 7,191 8,776 10,363 11,490 13,984 18,238	972 970 1,008 1,034 968 976 857

<sup>\*</sup> Sans le Yukon ni les Territoires du Nord-Ouest avant 1960. † Le chiffre de 1941 comprend 1,150 médecins des forces armées.

Le tableau 7-1 montre que le rapport population/médecins au Canada s'est amélioré constamment au cours des trois dernières décennies, compte tenu des circonstances spéciales durant les années de guerre¹. Cependant, ainsi qu'on peut le constater au tableau 7-2, il y a eu beaucoup de variation dans les rapports provinciaux entre les années 1911 et 1961. Depuis 1951, toutes les provinces accusent une amélioration, surtout l'Ontario et la Colombie-Britannique dont les rapports sont toujours demeurés plus favorables que ceux des autres provinces.

Quand on compare les rapports population/médecins de différents pays, il faut tenir compte des différences que présente l'organisation des soins médicaux. Les données les plus récentes qu'on puisse comparer figurent au tableau 7-3 et portent sur 1959. Cette année-là, douze des pays cités présentaient un meilleur rapport que le nôtre, même si, comme on l'a déjà constaté au tableau 7-1, notre rapport s'est amélioré considérablement, surtout depuis 1951.

Source: de 1901 à 1961, S. Judek, Les effectifs médicaux au Canada, étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964, chapitre 2; Bureau fédéral de la statistique, Recensement du Canada, 1961, vol. I, partie 1, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1963, p. 6-1.

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup>La retraite des médecins a été remise à plus tard, ce qui a fait baisser provisoirement le rapport; cela explique jusqu'à un certain point le rapport de 968 en 1941 et celui de 976 en 1951.

TABLEAU 7-2 RAPPORT PROVINCIAL POPULATION/MÉDECINS, 1911-1961

Province	1911	1921	1931	1941	1951	1961
Terre-Neuve	_	_	_		2,524	1,991
Île-du-Prince Édouard	1,306	1,309	1,397	1,418	1,342	1,149
Nouvelle-Écosse	1,206	1,147	1,153	1,350	1,094	1,044
Nouveau-Brunswick	1,253	1,448	1,517	1,693	1,445	1,314
Québec	1,003	1,065	1,046	1,054	990	853
Ontario	828	848	872	903	857	<b>7</b> 76
Manitoba	1,065	1,095	1,051	1,108	926	823
Saskatchewan	1,298	1,445	1,579	1,700	1,278	973
Alberta	1,014	1,073	1,256	1,320	1,118	982
Colombie-Britannique	945	862	952	1,010	847	758
Canada	970	1,008	1,034	1,072	976	857

Source: S. Judek, Les effectifs médicaux au Canada, étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964, chapitre 2.

TABLEAU 7-3 RAPPORT POPULATION/MÉDECINS DU CANADA ET DE CERTAINS PAYS, 1959

Pays	Habitants par médecin
Italie	620
Autriche	620
Nouvelle-Zélande	700
République fédérale d'Allemagne	
Suisse	740
États-Unis	790
Belgique	
Danemark	830
Australie	860
Norvège	
Pays-Bas	900
Luxembourg	910
Canada	920
France	950
Angleterre et pays de Galles	960
Espagne	1,000
Suède	1,100
Portugal	1,300
Finlande	1,600

SOURCE: Organisation mondiale de la santé, Annual Epidemiological and Vital Statistics 1959, Genève, l'Organisation, 1962, pp. 654-659. Plusieurs des pays mentionnés au tableau 7-3, et en particulier le Royaume-Uni, nous ont fourni un certain nombre de médecins et ont ainsi réduit leurs propres effectifs. Combien de temps notre pays peut-il compter sur d'autres pays pour faire les frais de la formation des médecins dont nous avons besoin . . . Voilà une question qui doit nous préoccuper. Même si le Canada continue de faire bon accueil aux médecins compétents de l'étranger, il faut qu'il soit en mesure de former assez de médecins pour assurer un niveau convenable de soins médicaux à la population<sup>1</sup>, et aussi pour aider les pays moins évolués à relever leurs normes d'hygiène<sup>2</sup>.

## Diplômés des écoles de médecine du Canada

Le nombre de médecins habilités dont le Canada dispose pour répondre à la demande de services médicaux, à un certain moment donné, tient dans une large mesure au nombre de médecins qui sortent de nos écoles de médecine. Le Canada compte douze écoles de médecine qui, depuis 1944, ont formé 14,146 médecins diplômés, soit une moyenne de 785 par année. Ainsi que le révèle le tableau qui suit, les trois écoles de médecine de la province de Québec (Laval, Montréal et McGill) ont formé 38.2 p. 100 des médecins diplômés entre 1945 et 1962, alors que les quatre écoles de médecine de l'Ontario en ont formé 36.8 p. 100 durant les mêmes années. Les écoles de médecine de ces deux provinces ont donc formé 75 p. 100 des médecins diplômés pendant la période qui s'étend de 1944 à 1962.

L'accroissement de la complexité technique fait qu'il est plus difficile à la médecine de rivaliser avec d'autres professions, anciennes et nouvelles, dans le domaine du recrutement. La médecine doit rivaliser avec d'autres domaines d'activité sur le plan du prestige et du niveau économique, mais le coût élevé de la formation médicale, l'absence relative de bourses de perfectionnement et d'entretien, et le minimum de sept années d'études qu'exige une formation médicale complète, comparativement à d'autres secteurs de formation professionnelle, tout cela gêne le recrutement de bons candidats pour la médecine<sup>3</sup>. Les organismes habilitants des provinces, les gouvernements provinciaux et les écoles de médecine ont fait ressortir ces considérations dans les recommandations qu'ils ont faites à cette Commission<sup>4</sup>,

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup>On trouvera au chapitre 13 des observations plus détaillées sur la façon dont les écoles de médecine peuvent subvenir aux besoins futurs de médecins.

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> Voir chapitre 2, recommandation 145. <sup>3</sup> Voir au chapitre 13 un examen plus approfondi du problème du recrutement et de la diminution relative du nombre des étudiants inscrits aux écoles de médecine.

<sup>\*</sup>Mémoire présenté à la Commission royale d'enquête sur les services de santé par l'Association canadienne des étudiants en médecine et des internes, Ottawa, le 20 mars 1962.

Mémoire présenté à la Commission royale d'enquête sur les services de santé par le Collège des médecins de l'Université de la Saskatchewan, Regina, le 25 janvier 1962.

Mémoires présentés à la Commission royale d'enquête sur les services de santé par le Collège des médecins et chirurgiens de l'Alberta, la Division de l'Alberta de l'Association médicale canadienne et la Faculté de médecine de l'Université de l'Alberta, Edmonton, février 1962.

Mémoire présenté à la Commission royale d'enquête sur les services de santé par la Faculté de médecine de l'Université de Toronto, Toronto, le 14 mai 1962.

TABLEAU 7-4 NOMBRE ET RÉPARTITION PROCENTUELLE DES DIPLÔMÉS DES ÉCOLES DE MÉDECINE DU CANADA, PAR ÉCOLE, 1944-1945 À 1961-1962

Écoles de médecine	Nombre de diplômés	Pourcentage du total	Promotion annuelle moyenne par école	Pourcentage du total de la promotion an- nuelle moyenne
Dalhousie Laval Montréal McGill Ottawa Queen's Toronto Western Ontario Manitoba Saskatchewan Alberta Colombie-Britannique TOTAL	1,616 1,924 544 891 2,763 1,019 1,140	6.0 13.2 11.4 13.6 3.8 6.3 19.5 7.2 8.2 1.3 6.3 3.2	50 104 90 107 45 52 154 57 63 30 50 51	5.9 12.1 10.6 12.5 5.3 6.1 18.0 6.7 7.4 3.5 5.9 6.0

Source: S. Judek, Les effectifs médicaux au Canada, étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964, chapitre 3.

considérations qui ont été examinées par le détail dans une étude faite pour nous<sup>1</sup>.

## Immigration et émigration des médecins

La composition des effectifs médicaux du Canada présente une particularité importante depuis la fin de la guerre: c'est la forte proportion de médecins immigrés. Il y a eu dans l'après-guerre, un accroissement rapide et considérable de la population et une augmentation de la demande de services médicaux, en partie par suite de la progression du revenu réel consécutive à l'essor économique rapide d'après-guerre. L'accroissement de la demande a nécessité un nombre de médecins plus considérable que celui que les écoles de médecine du Canada pouvaient former; l'immigration de médecins a aidé à combler les vides.

Les déplacements des médecins canadiens sont représentés au tableau 7-5. Durant la période de 1946 à 1961, il est venu au Canada 4,652 médecins. Un peu moins de la moitié de ce nombre ont quitté le Canada pour les États-Unis, de sorte qu'il y a eu un solde net de 2,339. On ne connaît pas le nombre des médecins qui ont quitté le Canada pour des pays

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> J. A. MacFarlane, et. al., La formation médicale au Canada, étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964, chapitre 9.

autres que les États-Unis, mais il se peut qu'il soit beaucoup plus faible. Quand on examine le nombre des médecins qui nous viennent des États-Unis et celui des médecins qui y émigrent, on constate une perte nette de 1,842. Une perte vraiment considérable.

TABLEAU 7-5 MIGRATION DE MÉDECINS AU CANADA ET HORS DU CANADA, 1946-1961\*

	Immig	Immigration		Émigration	Différence entre	Perte nette
Année	Des États- Unis	D'autres pays	Total	aux États-Unis	l'immi-	au profit des États- Unis
1946 1947 1948 1949 1950.	 	56 81 95 78 68	56 81 95 78 68		56 81 95 78 -192	    
1951 1952 1953 1954 1955	 55	166 293 347 272 300	166 293 402 311 333	173 186 105 135 127	- 7 107 297 176 206	-173 -186 - 50 - 96 - 94
1956	46 52	386 589 342 373 357	415 635 394 439 441	96 265 179 229 262	319 370 215 210 179	- 67 -219 -127 -163 -178
1961 Totaux	67 471	378 4,181	445	296	2,339	-229 $-1,842$

<sup>\*</sup>Les données relatives aux années 1946 à 1952 sont des évaluations du ministère de la Citoyenneté et de l'Immigration.

SOURCE: S. Judek, Les effectifs médicaux au Canada, étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964, chapitre 2.

De 1953 à 1961, le nombre total des médecins qui ont immigré au Canada a été de 3,815, dont 1,764, soit tout juste un peu plus de 46 p. 100, sont venus du Royaume-Uni, et 471, soit tout juste un peu plus de 12 p. 100 sont venus des États-Unis. Durant la décennie de 1950 à 1960, près de 15,000 médecins ont été immatriculés au Canada. Sur ce nombre, à peu près le tiers étaient des diplômés de l'étranger. Cette grande dépendance des médecins formés à l'étranger devient encore plus frappante si l'on songe que la proportion des diplômés d'écoles de médecine étrangères qui ont été immatriculés entre 1950 et 1960 par rapport aux diplômés cana-

diens, est passée de 24.8 p. 100 à 60.4 p. 100. Cette forte entrée de médecins immigrés a aidé, dans une certaine mesure, à répondre à la demande accrue de services médicaux; à cause d'un certain nombre de facteurs, cependant, elle n'a pas répondu de façon tout à fait satisfaisante à la demande. Parmi ces facteurs figure l'émigration continue aux États-Unis de médecins nés et formés au Canada. En avril·1962, 3,125¹ de ces médecins exerçaient leur profession aux États-Unis, soit environ 15 p. 100 des effectifs médicaux actuels du Canada, ou soit l'équivalent du total des diplômés qui sortent de nos écoles de médecine pendant une période de quatre ans.

Outre cette exportation d'effectifs professionnels, le Canada forme des médecins pour les États-Unis. En avril 1962, on comptait aux États-Unis 1,781 médecins qui y étaient nés et exerçaient leur profession, mais, qui avaient reçu au Canada leur formation médicale de base<sup>2</sup>. Afin de bien faire ressortir combien le Canada forme de médecins qui exercent ensuite aux États-Unis, il faut ajouter à ce nombre 456 autres médecins qui ont été formés au Canada sans y être nés, ainsi que 356 médecins formés au Canada mais dont le pays d'origine, sans être le Canada, n'est pas connu<sup>3</sup>.

Afin d'équilibrer ce tableau du nombre de médecins formés dans les écoles du Canada qui vont exercer aux États-Unis, il faut voir dans quelle mesure les écoles de médecine des États-Unis servent à la formation de médecins canadiens. Le tableau 7-6 montre que le nombre d'internes et de résidents canadiens formés aux États-Unis demeure considérable depuis 1954.

TABLEAU 7-6 MÉDECINS CANADIENS FORMÉS DANS DES HÔPITAUX DES ÉTATS-UNIS, 1954-1962\*

Année	Internes	Résidents	Total
1954-1955		_	520
1955-1956	44	540	584
1956-1957	60	516	576
1957-1958	66	469	535
1958-1959	50	513	563
1959-1960	52	487	539
1960-1961	75	583	658
1961-1962	67	659	726

<sup>\*</sup> Situation de non-immigrants.

Source: S. Judek, Les effectifs médicaux au Canada, étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964, chapitre 2, tableau 2-17.

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> S. Judek, Les effectifs médicaux au Canada, étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964, chapitre 2.

<sup>2</sup> Ibid.

<sup>&</sup>lt;sup>8</sup> Ibid.

#### Décès et retraites de médecins

Les évaluations des effectifs médicaux du Canada doivent tenir compte des taux de décès et de retraite des médecins. Comme c'est le cas pour le reste d'entre nous, la longévité des médecins s'accroît, leur âge moyen au décès étant passé de 60.8 ans durant la période allant de 1926 à 1930, à 66.4 ans entre 1956 et 1961¹. Toutefois, leur taux de décès paraît être un peu plus élevé. Les données disponibles pour la période de 1952 à 1961 indiquent un taux de décès annuel moyen de 14.6 pour 1,000 médecins, comparativement à 13.4 pour la population masculine de vingt ans et plus. Ces données font croire que notre effectif de médecins subit une perte de 1.5 p. 100 par année. Autrement dit, il faudra chaque année environ 300 médecins pour remplacer ceux qui sont décédés².

Il semble que la plupart des médecins n'aiment pas prendre leur retraite. Certains prennent une retraite partielle ou provisoire, d'autres se livrent à une autre activité. De plus, certains médecins qui n'exercent pas continuent de s'inscrire auprès de l'organisme habilitant. C'est pourquoi il est difficile d'évaluer les taux de retraite des médecins. Il semble, cependant, qu'environ 6 p. 100 des médecins soient à la retraite<sup>3</sup>.

#### Sources des effectifs médicaux

De 1959 à 1960, le nombre de médecins civils qui exerçaient leur profession s'est accru de 717, passant de 19,800 à 20,517<sup>4</sup>. Bien entendu, cela représente la différence nette entre les entrées et les sorties de médecins au cours de la période, comme le montre le tableau suivant.

En 1960, on a compté 766 nouveaux diplômés canadiens<sup>5</sup> et 521

immigrations de médecins<sup>6</sup>.

On ne possède pas de renseignements aussi complets sur la façon dont le nombre de médecins a diminué. Au total, 312 médecins ont quitté le Canada, dont 262 sont allés aux États-Unis et environ 50<sup>7</sup> en Grande-Bretagne. On ne sait pas combien de médecins ont émigré dans d'autres pays, mais on croit que leur nombre est minime. De même, on ne connaît pas le nombre de médecins qui ont pris leur retraite. En 1961, 309 médecins sont décédés. Toutefois, tous n'étaient pas actifs, parce qu'une certaine pro-

<sup>1</sup> Ibid.

² Ibid.

<sup>8</sup> Ihid

<sup>&</sup>lt;sup>4</sup> On n'a pu déterminer l'addition nette durant la période de 1960-1961, parce que le nombre de 1961 représente le chiffre relevé par le recensement du 1° juin de cette année-là. Toutefois, la statistique sur l'immigration, l'émigration et les décès ne porte que sur la période de 12 mois.

<sup>&</sup>lt;sup>5</sup> Le nombre total des diplômés en 1960 a été de 863. Il faut déduire de ce nombre 97 diplômés étrangers parce que, croit-on, la majorité d'entre eux retournent dans leur pays d'origine. S. Judek, op. cit., chapitre 3. Toutefois, dans la mesure où certains de ces étudiants restent effectivement au Canada, on a sous-évalué cette source d'effectifs.

<sup>°</sup>Ce nombre ne correspond pas au nombre de médecins immigrés fourni par le ministère de la Citoyenneté et de l'Immigration, qui se fonde sur l'activité «projetée» au moment de l'entrée au Canada plutôt que sur l'activité réellement adoptée. Ainsi, il peut s'écouler un certain nombre d'années avant que le «médecin immigré» en vienne à exercer.

\*J. A. MacFarlane, op. cit.

portion avaient sans doute pris leur retraite avant leur décès. Nous ne possédons pas de données sur le nombre de médecins qui reprennent l'exercice après avoir fait, par exemple, un stage d'études ou un séjour aux États-Unis. Dans la mesure où des médecins ont repris ainsi l'exercice, le nombre des décès, des retraites et de ceux qui ont émigré dans d'autres pays se trouve sous-évalué.

Ce que montrent les données, c'est que l'école de médecine est la principale source de médecins au Canada. Par exemple, en 1960, le gain net du Canada en médecins de l'étranger a été d'un peu plus de 200, soit à peu près le quart du nombre de Canadiens diplômés en médecine au Canada.

Des renseignements courants et sûrs sur les sources d'où proviennent les médecins sont essentiels à la planification des besoins futurs en effectifs médicaux au Canada. À cause de l'insuffisance—signalée ci-dessus—de la statistique à cet égard, il est urgent d'adopter des mesures tendant à remédier à cet état de chose<sup>1</sup>.

SOURCES DES EFFECTIFS DE MÉDECINS, CANADA, 1959-1960

	+	_
Nombre de diplômés (Canadiens) Immigration (inscrits aux écoles de médecine	777	_
étrangères)	521	
Emigration: aux Etats-Unis	_	262
en Grande-Bretagne	_	50
Décès et retraites	- 1	269*
Total	1,298	581
Nombre de médecins: 1959		
Augmentation nette		

<sup>\*</sup> Estimation.

Source: S. Judek, Les effectifs médicaux au Canada, étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964, chapitres 2 et 3.

## Répartition géographique des médecins

En 1961, près de 70 p. 100 de notre population vivait dans les régions urbaines. Cette concentration trouve son pendant dans les services, y compris les services médicaux et autres services de santé. Toutefois, la concentration des médecins dans les villes est proportionnellement plusforte que celle de la population. De 1951 à 1962, la proportion de médecins

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup>Voir au chapitre 2 les recommandations (186-189) relatives à la statistique de la santé dont font partie intégrante les données sur les effectifs médicaux.

TABLEAU 7-7 MÉDECINS CIVILS EXERÇANT EN RÉGION MÉTROPOLITAINE DANS LES PROVINCES ET LE CANADA, 1961

		Régions	métropoli	taines*			Dannant
·	Popula	tion	Méd	ecins	Rapport	Rapport popula-	Rapport popula- tion/
Province et ville	Nombre	Pour- centage de la pro- vince	Nombre	Pour- centage de la pro- vince	popula- tion/ méde- cins	tion/ médecins	médecins provincial non métro- politain
Terre-Neuve						1,991	3,306
St-Jean	90,838	19.8	179	51.7	763	ĺ	
Nouvelle-Écosse Halifax	183,946	25.0	338	47.9	544	1,044	1,503
Nouveau-Brunswick St-Jean	95,563	16.0	135	29.7	708	1,314	1,570
Québec				ļ		853	1,696
Montréal	2,109,509	40.1	3,728	60.5	568		
Québec		6.8	683	11.1	524		
Sherbrooke		1.3	105	1.7	669		ŀ
Trois-Rivières	86,659	1.6	97	1.6	893		
Total	2,623,989	49.8	4,613	74.9	569		ļ
Ontario		İ		l		776	1,201
Hamilton		6.3	520	6.5	760		
Kingston	63,419	1.0	220	2.7	288		
Kitchener-							
Waterloo		2.5	185	2.3	837	İ	ì
London	181,283	2.9	433	5.4	419		
Ottawa et		٠		i			
Eastview		4.7	577	7.2	507		
Oshawa		1.3	91	1.1	889	1	1
Sudbury		1.8	129	1.6	858		į.
Toronto	1,824,481	29.3	3,157	39.3	578		1
Windsor		3.1	280	3.5	691	_	
Total	3,296,974	52.9	5,592	69.6	590	_	
Manitoba Winnipeg	475,989	51.6	887	79.2	537	823	1,913
. •		Ì	1	1	l	973	1,650
SASKATCHEWAN	112 141	10.1	235	24.7	477	1 313	1,050
Regina		12.1	1	29.5		1	
Saskatoon	95,526	10.3	281	29.3	340	_	
Total	. 207,667	22.4	516	54.2	402	_	1
					1	000	1,59
ALBERTA				1	0.43	982	1,39.
Calgary		21.0		24.4	1	ł	
Edmonton	. 337,568	25.3	576	42.5	586		
Total	616,630	46.3	907	66.9	680	1	
_ V.u		_			_1	_	1

TABLEAU 7-7	MÉDECINS	CIVILS EXERÇA	NT EN RÉGION
MÉTROPOLITAINE	DANS LES P	ROVINCES ET L	E CANADA, 1961—Fin

		Régions					
	Population		Médecins		D	Rapport	Rapport popula-
Province et ville	Nombre	Pour- centage de la pro- vince	Nombre	Pour- centage de la pro- vince	Rapport popula- tion/ méde- cins	popula- tion/ médecins provincial	tion/ médecins provincial non métro- politain
COLOMBIE-BRITANNIQUE Vancouver Victoria	790,165 154,152	48.5 9.5	1,352 231	62.9	584 667	758	1,229
Total	944,317 8,535,913	47.2	1,583	73.6	597	855	1,474

<sup>\*</sup>Régions métropolitaines, à l'exception de Regina, de Saskatoon, d'Ottawa, qui ne comprend pas Hull, et d'autres villes de la province de Québec; les régions métropolitaines comprennent les banlieues et les villes.

†Sans le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et l'Île-du-Prince-Édouard.

Source: Données fournies par le Bureau fédéral de la statistique, Division du recensement, Section des professions et de l'emploi.

exerçant leur profession dans les villes de 10,000 habitants ou plus a passé de 73.2 à 85.8 p. 100. Durant les mêmes années, la population de ces villes s'est accrue de 48.2 p. 100 à 58.7 p. 1001.

Le tableau 7-7 montre que la répartition disproportionnée des médecins est particulièrement sensible dans les grandes zones métropolitaines. La forte concentration de médecins dans ces zones ne reflète pas tous les services médicaux disponibles, parce que nombre de ces médecins s'occupent d'enseignement, font de la recherche à plein temps ou à temps partiel ou exercent des fonctions hospitalières et administratives. En outre, bien des médecins s'occupent de malades des régions rurales environnantes et font de la consultation au bénéfice de ces régions. Même en tenant compte de ces facteurs, il semble que le nombre des médecins dans les grands centres urbains du Canada soit disproportionné.

Non seulement les régions rurales comptent-elles proportionnellement moins de médecins que les villes, mais les médecins de campagne sont habituellement plus âgés, ce qui signifie qu'ils sont moins alertes et que leurs taux de retraite ou de décès sont plus élevés. Bien des facteurs attirent le jeune médecin vers la ville plutôt que vers la campagne: moyens de diagnostic et de traitement inférieurs dans les régions rurales, manque de contacts professionnels, niveau de vie généralement inférieur et existence plus rude.

<sup>1</sup> S. Judek, op. cit., chapitre 4.

#### Spécialisation

Quelques-unes des découvertes les plus remarquables des cent dernières années sont venues seconder directement ou indirectement l'exercice scientifique de la médecine; le rythme auquel les connaissances médicales passent dans l'exercice de la médecine s'est accéléré et a exercé de nombreuses répercussions sur l'organisation de la pratique médicale. L'accroissement des connaissances a entraîné la spécialisation et a fait naître une variété de spécialités. Dans notre société moderne, nous sommes très conscients de ces répercussions sur l'enseignement et la recherche universitaires, ainsi que sur la recherche médicale et l'exercice de la médecine. Chaque découverte signifie une connaissance plus grande dans des domaines d'activité de plus en plus restreints, si bien qu'à notre époque un homme ne peut réussir à maîtriser qu'un petit domaine de connaissances. C'est en 1929 qu'a débuté au Canada la formation spécialisée réglementée dans le domaine de la médecine; aujourd'hui, la moitié des diplômés en médecine du Canada s'orientent vers une spécialité. Parmi les médecins civils au Canada en 1961, 37.3 p. 100 étaient des spécialistes certifiés et 13.8 p. 100 des spécialistes non certifiés1.

Le tableau qui suit fait ressortir l'essor de la spécialisation dans

l'exercice de la médecine.

TABLEAU 7-8 CERTIFICATS DE SPÉCIALISTES ACCORDÉS PAR LE COLLÈGE ROYAL DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DU CANADA, 1942-1960

Période (jusqu'au 31 déc.)			Total cumulatif	Nombre moyen par année
1942-1944	3	1,221	1,221	407
1945-1949	5 5 2 2 2	3,029 2,185 934 1,070 1,051	4,250 6,435 7,369 8,439 9,490	606 437 467 535 523
Тотац	19	9,490*		499

<sup>\*</sup>Comprend 511 médecins possédant plus d'une spécialité.

Source: S. Judek, Les effectifs médicaux au Canada, étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964, chapitre 4.

Les critiques de cette tendance se fondent sur des arguments scientifiques et sociaux. Premièrement, il y a le danger que le spécialiste tende à considérer la maladie en fonction d'un organe ou d'un système anatomi-

¹ Ibid.

que particulier. Deuxièmement, l'avantage des longues relations personnelles entre malade et médecin disparaîtra peut-être graduellement parce que, de plus en plus, les soins médicaux sont assurés au même patient par plusieurs médecins. De façon générale, les mouvements tendant à contrebalancer les effets nuisibles de la spécialisation visent à assurer le soin «global» du malade. On a cherché à mettre l'accent sur «l'optique globale» dans la formation médicale. Cependant, la spécialisation tend tellement à fragmenter les soins médicaux qu'on réussit le mieux quand on reconnaît le fait de la spécialisation, c'est-à-dire quand on vise à assurer des soins complets par une judicieuse conjugaison de spécialités dans les cadres institutionnels de l'exercice groupé de la médecine.

#### Catégories d'exercice de la médecine

Il y a trois catégories principales de médecins qui exercent présentement à titre privé au Canada: les médecins indépendants, les médecins qui exercent en association et les médecins qui exercent en groupe. En 1962, ces trois catégories comprenaient près de 71 p. 100 de tous les médecins civils actifs; 47.2 p. 100 étaient des indépendants, 13.4 p. 100 exerçaient en association et 10 p. 100 exerçaient en groupe. Près de 14 p. 100 des autres travaillaient dans des hôpitaux indépendants des autorités publiques. Le reste se répartissait entre les trois paliers suivants: le gouvernement, les universités et l'industrie<sup>1</sup>.

En Amérique du Nord, le médecin est par tradition un praticien indépendant qui touche des honoraires pour ses services; tel est le système en vertu duquel il exerce. La grande indépendance du médecin, qu'il exerce sa profession seul, en association ou en groupe, tient à la croyance traditionnelle qui veut que la personne soit le sujet vraiment important de ses services, et que ces services ne relèvent que du médecin. D'autre part, la personne place son médecin dans une situation de confiance spéciale, ce qui impose au médecin une responsabilité de nature spéciale.

Même si le praticien peut faire appel à l'avis et à l'assistance de collègues, c'est lui qui, en dernier ressort, est responsable envers son malade. Il ne peut partager la confiance du malade qu'à la suite d'un entretien préalable avec le malade et, même alors, il en reste responsable jusqu'à ce que le malade l'ait dégagé de sa responsabilité. De plus, le médecin ne peut fournir ses services en série; il doit soigner chaque malade individuellement, apportant à chaque cas toute sa science et tout son art. «Le praticien ne peut pas diffuser ses services; il ne peut, sauf dans des limites très étroites, dispenser sa science par l'entremise de subordonnés. Il est incapable d'adopter la production en série et il lui est interdit d'offrir des produits bon marché pour les petites bourses»<sup>2</sup>. Cette tradition vaut au médecin une grande mesure d'individualisme et d'indépendance. Sa situation vis-à-vis

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup>T. H. Marshall, *Professionalism and Social Policy*, dans *Man, Work*, and *Society*, New York, Sigmund Nosow and William H. Form (*Basic Books, Inc.*), 1962, p. 227.

du malade est telle qu'il ne peut se décharger de sa responsabilité, sauf pour la confier à un autre médecin.

Malgré cette tradition, l'exercice en groupe s'est implanté au Canada; la variété en est indéfinie. Essentiellement, «il entraîne la collaboration plutôt que la concurrence au sein d'un groupe défini de praticiens. Il comprend trois médecins ou plus représentant différentes spécialités et la pratique générale, et possédant en commun des immeubles, des installations et de l'équipement. Il y a une mise en commun de compétences, de connaissances et d'expériences médicales par le moyen de consultations et par l'emploi collectif d'un personnel auxiliaire technique, administratif et autre. Le revenu est partagé entre les membres du groupe conformément à des principes définis¹».

A juger d'après les réponses faites à un questionnaire sur l'exercice de la médecine, que la Commission a fait parvenir à tous les médecins du Canada, la combinaison qui comprend trois spécialités ou plus attire un plus grand nombre de spécialistes que l'association, ce dernier mode étant plus en vogue parmi les omnipraticiens. Ce n'est pas dire que les omnipraticiens n'entrent pas dans les autres groupes, mais leur apport aux soins globaux des malades tend à être assuré par le spécialiste de la médecine interne ou par le pédiatre. L'exercice en groupe tend d'une certaine façon à assurer une meilleure utilisation des services du médecin. De façon générale, il permet une administration plus rationnelle, un plus grand usage d'équipement technique et un personnel paramédical et chirurgical. Par conséquent, on peut le considérer comme la réponse à une demande de plus en plus grande de services médicaux et aussi comme un mode d'exercice plus satisfaisant pour les médecins.

L'exercice en groupe existe non seulement dans les grandes villes, mais aussi dans certaines régions rurales, par exemple, à Maple-Creek, en Saskatchewan. Certains groupes ont été formés après que des communautés rurales eurent négocié des régimes de santé. Il existe d'autres exemples où l'action de certains groupes de «consommateurs» a suscité l'essor de l'exercice en groupe chez les médecins; un exemple récent est l'établissement d'une clinique d'exercice en groupe au bénéfice d'un groupe du Syndicat des ouvriers de l'acier à Sault-Sainte-Marie<sup>2</sup>.

Une enquête sur l'exercice en groupe pratiquée au Canada en 1954 a révélé que, 25 p. 100 des médecins qui ont répondu (74 p. 100 de tous les médecins exerçant en groupe) étaient salariés ou partiellement salariés. Cela fait contraste avec le régime traditionnel des honoraires à l'acte médical. Toutefois, le salariat dans l'exercice en groupe s'insère dans un mouvement beaucoup plus vaste qui implante le salariat chez les médecins. De plus en plus, on emploie des médecins dans l'administration, l'enseignement, la recherche et l'industrie; il y a une baisse correspondante de la proportion de médecins exerçant à titre privé<sup>3</sup>. En 1943, les médecins indépendants

<sup>8</sup> On ne saurait dire si la tendance va se maintenir.

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Judek, op. cit., chapitre 6. <sup>2</sup> Le chapitre 13 présente une analyse plus fouillée de l'exercice en groupe.

formaient 85.1 p. 100 de tous les médecins civils actifs; en 1961, ils en formaient 73.5 p. 100. Il peut y avoir sous-évaluation de l'augmentation du nombre des médecins employés d'autres façons parce qu'un certain nombre de médecins indépendants consacrent une partie de leur temps à la recherche, à l'administration, où à autre chose.

#### Formation du médecin

Le but fondamental de l'enseignement de la médecine, qui comprend la formation universitaire, post-universitaire et ultérieure des médecins, est de former des médecins compétents qui collaboreront avec d'autres pour satisfaire aux besoins de la société dans le domaine de la santé<sup>1</sup>.

Au Canada, l'école de médecine fait partie intégrante de l'université. Elle est dirigée par un doyen désigné par le conseil d'administration de l'université. Les fonctions de l'école sont réparties entre des départements cliniques qui ont chacun leur chef ou leur président. Les chefs de départements tels que la médecine, la chirurgie, l'obstétrique et la gynécologie, la psychiatrie et la pédiatrie sont aussi des professeurs de carrière à l'école de médecine<sup>2</sup>. Les chefs des départements de sciences fondamentales telles que la bactériologie, l'anatomie, la biochimie, la pathologie et la physiologie sont aussi des professeurs à plein temps de l'école. Toutefois, la tradition de la profession médicale veut que les médecins consacrent une partie de leur temps à l'enseignement, si cela est possible; de nos jours au Canada, une grande partie de l'enseignement dans les écoles de médecine est confiée à des professeurs à temps partiel qui sont des médecins exerçant leur profession dans la localité. Ces médecins consacrent leur temps à l'enseignement de la médecine en échange—dans la plupart des cas—d'une modeste rémunération.

Les professeurs à plein temps et à temps partiel des écoles de médecine sont, de toute évidence, un facteur d'importance vitale dans la structure des services médicaux. C'est sur leurs épaules que repose l'énorme responsabilité de former un nombre suffisant de médecins pour satisfaire à la demande de soins médicaux de notre société, demande qui s'accroît et qui continuera de s'accroître avec l'extension de l'assurance médicale et d'autres assurances de santé. S'il n'y a pas un nombre suffisant de professeurs dans nos écoles de médecine, l'expansion des services médicaux se heurtera à de graves obstacles.

C'est le professeur des sciences fondamentales (anatomie, biochimie, microbiologie, pathologie, pharmacologie et physiologie) dont le nouvel étudiant en médecine fait la connaissance en premier lieu. Il apprend de

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup>Le chapitre 13 reprend la question de l'enseignement de la médecine.

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> Au Canada, un professeur de carrière à l'école de médecine est celui qui se doit d'abord à son enseignement professoral à l'université dont il doit tirer le gros de son revenu. Il peut voir ses propres malades, mais il le fait à l'hôpital d'enseignement où il occupe un poste clinique. Il peut exister des limites au montant de revenu qui lui vient de ses malades privés et qui peut s'ajouter au traitement qu'il touche de l'université, de même qu'au temps qu'il peut leur consacrer. On l'encourage à limiter sa pratique aux malades référés. Il ne peut pas ouvrir de cabinet privé en dehors de l'hôpital.

lui les notions fondamentales sur lesquelles sera fondé son savoir clinique. Celui qui veut devenir professeur d'une de ces disciplines devra s'astreindre à une période de formation longue, ardue et coûteuse. S'il veut obtenir son doctorat en médecine avant d'entreprendre des études post-universitaires dans l'une des sciences fondamentales, il doit prévoir au moins douze années d'études: deux ans d'études prémédicales, quatre ans d'études de la médecine, un an d'internat, trois ans de travail en vue du doctorat dans une science fondamentale et deux autres années de recherche. Alors seulement pourra-t-il entreprendre des recherches à titre d'investigateur indépendant. Étant donné que la préparation du doctorat en médecine ajoute sensiblement aux études nécessaires pour devenir investigateur indépendant et professeur de sciences fondamentales, d'aucuns préfèrent s'en tenir au doctorat. Même cela exige trois ou quatre ans de premières études universitaires, trois ou quatre ans d'études en vue du doctorat et deux autres années d'expérience avant qu'on devienne investigateur indépendant et professeur. soit, au total, huit ou neuf ans. Le tableau ci-dessous fait voir dans quelle mesure on suit cette voie au Canada.

TABLEAU 7-9 RÉPARTITION PROCENTUELLE DES PROFESSEURS DE SCIENCES FONDAMENTALES QUI ONT AU MOINS LE RANG DE PROFESSEUR ADJOINT DANS DOUZE ÉCOLES DE MÉDECINE DU CANADA, SELON LEURS TITRES, 1962

	Grades							
	D.M.	D. Ph. (D. Phil., D. Sc.)	D.M. et D. Ph.	Sans doctorat	Total			
Anatomie	55	19	21	5	100			
Physiologie	45.5	41.5	12	1	100			
Biochimie	8	83	6.6	2.4	100			
Pharmacologie	33	50	12.5	4.5	100			
Microbiologie	55	27	12	6	100			
Pathologie	74	10	13	3	100			

Source: J. A. MacFarlane, et al., La formation médicale au Canada, étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964, chapitre 6.

Les professeurs des disciplines cliniques doivent aussi recevoir une formation longue et coûteuse: « . . . La plupart des professeurs devront devenir *Membres* du Collège royal et avoir acquis des connaissance particulières dans le domaine restreint d'une spécialité. La majorité d'entre eux auront reçu une certaine initiation aux méthodes de recherche, soit dans un département de sciences fondamentales, soit dans une unité de recherche clinique. Ils auront aussi reçu de quatre à six ans de formation après leur internat général»<sup>1</sup>.

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> J. A. MacFarlane, et. al., op. cit., chapitre 9.

Les traitements des professeurs de médecine sont du ressort de l'université, encore que, au cours des dernières années, les universités aient reçu d'assez fortes sommes du Conseil de la recherche médicale pour établir des postes d'associés de recherche médicale. En outre, les universités ont reçu l'appui financier de fondations du Canada et des États-Unis, puis d'associations privées afin de payer un personnel clinique à plein temps. Les traitements versés aux professeurs des divers départements des écoles de médecine du Canada varient d'une université à l'autre, mais voici ce qu'ils étaient en 1961¹:

Chef de département	\$11,000-\$18,000
Titulaire	
Agrégé	8,500- 12,300
Professeur adjoint	

Ces montants montrent la grande amélioration apportée aux traitements dans les universités ces dernières années, mais ils ne sont guère attrayants pour les professeurs des départements des sciences fondamentales—qui sont détenteurs du M.D. et du Ph. D. et qui ne peuvent augmenter le traitement que leur accorde l'université—étant donné le temps et les dépenses qu'exigent ces diplômes.

L'entrée en vigueur de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques a modifié les rapports qui existaient entre les écoles de médecine et les hôpitaux d'enseignement. Les hôpitaux d'enseignement en sont venus à compter moins sur l'appui financier et le prestige des écoles de médecine. Aujourd'hui, il est difficile à certains hôpitaux d'enseignement d'accepter l'avis des professeurs de médecine sur les questions qui ont trait aux problèmes de service professionnel. La Loi n'inclut pas dans les dépenses subventionnées les traitements des professeurs à plein temps ni les honoraires qu'il convient de payer aux professeurs à temps partiel. Elle ne s'étend pas non plus à la recherche médicale qui est indispensable à un bon enseignement<sup>2</sup>. Un autre facteur important de l'enseignement de la médecine est le service externe des hôpitaux où l'étudiant prend en charge des malades ambulants particuliers, sous la direction de son moniteur de clinique. Aux termes de la Loi, le gouvernement provincial décide si les services rendus aux malades externes doivent être considérés comme dépenses subventionnées. Certains gouvernements les ont exclus, compliquant ainsi le financement des services et la prestation de services d'enseignement dans les services externes.

L'essor des régimes d'assurance médicale a aussi modifié les rapports qui existent entre l'école de médecine et l'hôpital d'enseignement. Ces régimes assurent une proportion croissante de la population et, par conséquent, il devient de plus en plus difficile aux écoles de médecine d'obtenir des malades non payants pour fins d'enseignement. Il se peut que les régimes d'assurance s'étendent davantage et embrassent un secteur encore plus grand

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Ibid., Chapitre 5.

<sup>2</sup> Les subventions nationales à la santé consacrent des fonds publics à la recherche médicale. Voir chapitre 10.

de la population; cela compliquera beaucoup les choses pour les écoles de médecine.

Afin de subvenir aux besoins changeants, certaines universités du Canada ont adopté une nouvelle attitude à l'égard de l'enseignement de la médecine. L'Université de la Colombie-Britannique, l'Université Laval et l'Université de Montréal organisent présentement des centres de sciences de la santé, dont l'hôpital d'enseignement fait partie intégrante. Ces centres s'inspirent du principe en vertu duquel, même si les divers praticiens du domaine de la santé sont formés selon des disciplines distinctes dans des départements différents de l'université, leur commun objectif devrait les prédisposer à travailler ensemble. À cette fin, ils ont besoin d'un certain nombre de collègues paramédicaux. Le centre des sciences de la santé est le milieu favorable à cette idée de l'entreprise coopérative, à la compréhension de l'apport des diverses disciplines professionnelles à la prévention, au traitement et à la réadaptation. Travaillant en collaboration dans le centre, les diverses professions de la santé en viendraient à accepter l'idée d'une attitude coopérative devant les problèmes de la santé. On dira peut-être que le centre tendrait à s'isoler du reste de l'université, et qu'il s'ensuivrait que les professions de la santé, tout en devenant sur le plan technique plus compétentes qu'elles ne le sont sous le régime d'enseignement actuel, seraient à ce point isolées des maîtres dans les autres domaines du savoir qu'elles ne verraient pas l'évolution qui s'y produit. On suppose ici que le régime actuel d'enseignement de la médecine permet une telle vue; c'est un point discutable.

Un des problèmes les plus graves qui se posent à ceux qui sont chargés de l'enseignement de la médecine au Canada aujourd'hui, c'est d'assurer que se maintiennent dans la pratique les normes de soins médicaux qui sont une partie intégrante de tout ce que l'on enseigne aux étudiants en médecine. L'association professionnelle et l'organisme habilitant cherchent à maintenir ces normes, mais c'est à chaque médecin en particulier qu'il incombe de s'y conformer dans l'exercice quotidien de sa profession. On suppose que, le médecin particulier étant un praticien reconnu, ses actes quotidiens pourront faire l'objet d'un examen minutieux de la part de ses collègues qui attendent de lui qu'il fasse honneur aux normes professionnelles de conduite et de pratique. C'est seulement en agissant ainsi qu'un médecin peut mériter leur approbation et leur estime. S'il n'a pas l'estime de ses collègues, sa capacité de gain peut être gravement atteinte. L'estime des collègues assure les contrôles nécessaires pour la plupart des médecins, mais, ainsi que Clute le signalait dernièrement en ce qui a trait aux omnipraticiens, de tels contrôles ne s'appliquent pas à une proportion importante d'omnipraticiens dont l'exercice ne répond pas à la norme de soins que leurs collègues et le public attendent d'eux<sup>1</sup>.

Le Code d'Hammourabi, qui date d'environ 2270 avant Jésus-Christ, déclare que «si un médecin soigne un homme pour une blessure grave à l'aide d'un couteau de bronze et le tue, ou s'il ouvre un abcès (près de

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Kenneth F. Clute, The General Practitioner, Toronto, University of Toronto Press, 1963, p. 461.

l'œil) et détruit l'œil, on lui coupera les mains»1. Ce contrôle punitif des normes de soins médicaux, la profession l'a remplacé par le contrôle collégial. mais comme ce dernier ne donne pas toujours les résultats souhaités, les éducateurs médicaux au Canada font l'essai de programmes permanents d'éducation médicale. Ils ont pour but d'aider le praticien qui exerce à se tenir au courant des derniers progrès de la science médicale. Ainsi que nous l'avons signalé dans un chapitre précédent, la somme des connaissances scientifiques croît à un rythme accéléré<sup>2</sup>. De fait, Robert Oppenheimer affirme qu'aujourd'hui la recherche fait doubler tous les dix ans le patrimoine de la science<sup>3</sup>. Ce rythme d'accroissement des connaissances médicales pose aux éducateurs de grands problèmes. Non seulement est-il impossible à l'étudiant en médecine de maîtriser tous les détails des connaissances actuelles, mais les progrès de la science sont si rapides que les connaissances qu'il assimile sont vite remplacées par de nouvelles. Comment alors le praticien affairé peutil se tenir au fait des découvertes dans son propre domaine? Il peut tenter de se tenir à jour en examinant attentivement les revues professionnelles, mais si ces services sont fort en demande, comme c'est le cas de la plupart des médecins au Canada à l'heure actuelle, le temps qu'il peut y consacrer est très limité et parfois même nul. Le praticien tentera de glaner des connaissances dans les communications qui sont présentées à sa société médicale locale, mais cette méthode est bien limitée comme source d'information. Certaines écoles de médecine universitaires, notamment celles de Dalhousie, de Toronto, de Laval et de la Colombie-Britannique, ont organisé des cours de perfectionnement pour les omnipraticiens, mais comme l'omnipraticien a de la difficulté à quitter ses patients, ces cours n'atteignent qu'un petit nombre de médecins. Ces écoles ont aussi organisé des programmes cliniques régionaux. L'hôpital local est le point central du programme. Avec la collaboration de la société médicale locale, le personnel de l'hôpital présente des cas difficiles à ceux qui assistent à ces cours. Ces programmes locaux ont donné quelques résultats, et il se peut qu'ils puissent assurer une forme d'enseignement médical permanent, élément si important pour le maintien d'une norme élevée de soins médicaux que la demande sans cesse croissante de services médicaux peut compromettre gravement<sup>4</sup>.

#### LA PROFESSION DE DENTISTE

La fondation de l'Association dentaire du Canada, en 1902, a marqué l'amorce d'une statistique permettant de déterminer avec assez d'exactitude le nombre de dentistes. Toutefois, les renseignements sur l'effectif ne nous disent pas si nous avons assez de dentistes. Nous savons que les cadres de la profession se sont élargis, mais la population qu'elle dessert s'est accrue à une allure encore plus rapide.

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Code d'Hammourabi cité par J. A. MacFarlane, et al, op. cit., chapitre 9.

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> Chapitre 3.

<sup>&</sup>lt;sup>8</sup> J. A. MacFarlane, et al., op. cit., chapitre 9.

<sup>&</sup>lt;sup>4</sup>Le rôle de l'enseignement médical permanent est discuté davantage au chapitre 13.

## Rapport population/dentistes1

Règle générale, ces rapports masquent plus de faits qu'ils n'en révèlent; dans nos commentaires sur le rapport population/médecins, nous avons souligné certaines lacunes. Incontestablement, plus le rapport est favorable, plus il y a de chances qu'on puisse répondre à la demande de soins dentaires. Si l'on compare entre eux des pays dont la structure sociale est analogue et dont l'évolution économique a atteint à peu près le même niveau, on peut au moins se faire une idée de la suffisance relative des effectifs des divers secteurs de la santé et, pour le cas particulier qui nous occupe, du secteur dentaire.

TABLEAU 7-10 RAPPORT POPULATION/DENTISTES DU CANADA ET DE CERTAINS PAYS, 1959

Pays	Population par dentiste		
République fédérale d'Allemagne	566		
Suède	1,497		
Norvège	1,528		
Autriche	1,762		
États-Unis	1,919		
Danemark	2,006		
Nouvelle-Zélande	2,209		
Suisse	2,413		
Australie	2,429		
Finlande	2,522		
Grèce	2,550		
Espagne	2,915		
France	3,006		
Canada	3,032		
Angleterre et pays de Galles	3,947		
Hollande	4,294		
Belgique	6,784		
Portugal	74,205		
Italie	*		

<sup>\*</sup>Inconnu.

Source: Chiffres tirés des données de la Statistique épidémiologique et démographique 1959, Organisation mondiale de la santé, Genève, 1962, et de l'Annuaire démographique 1960, New-York, Nations Unies, 1961.

¹ On verra, dans les rapports population/dentistes présentés dans les tableaux qui suivent, qu'il peut y avoir une différence d'une année; ainsi, dans le tableau 7-10, le rapport de 3,032 figure pour le Canada en ce qui concerne 1959. C'est un chiffre plus proche de celui de 3,025 de 1960 donné dans le tableau suivant (7-11). Tout dépend si l'évaluation de lpin de la population est divisée par le chiffre du début ou de la fin de l'année. McFarlane (tableau 7-11) utilise les chiffres du début de l'année tandis que nous utilisons ceux de la fin de l'année. Voir aussi le renvoi † au chapitre 13 du présent rapport, tableau 13-10.

Si on le compare à celui de certains pays européens, le rapport population/dentistes du Canada se classe assez bas. Le tableau 7-10 indique que nous l'emportons sur quatre pays européens seulement. Sur un total de 19 pays, le Canada occupe le quatorzième rang.

Le tableau suivant donne une idée de la répartition régionale des services dentaires et révèle des variations importantes entre les provinces; sept provinces accusent un rapport plus élevé que le rapport national. Trois provinces, l'Alberta, l'Ontario et la Colombie-Britannique ont des rapports supérieurs à la moyenne du pays, mais ce sont les rapports des deux dernières provinces qui portent la moyenne nationale à son niveau actuel.

Depuis son entrée dans la Confédération, Terre-Neuve a amélioré sensiblement son rapport, mais les autres provinces ont perdu du terrain depuis dix ans<sup>1</sup>. Le tableau 7-11 fait ressortir cette évolution:

TABLEAU 7-11 RAPPORT POPULATION/DENTISTES DES PROVINCES ET DU CANADA, 1881-1962

		Province									
Année	Canada	TN.	ÎPÉ	NÉ.	NB.	Qué.	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	СВ.
1881	8,480	*	*	*	_*	_*	_*	_*	_*	*	*
1891	6,419		_*	_*	*	*	*	*	_*	*	*
1901	4,100	_*	_*	<b>_*</b>	_*	*	_*	_*	_*	_*	_*
1911	3,301	<b>*</b>		3,939	3,591	6,134	2,242	3,549	5,533	3,565	2,453
1921	2,783	_*	4,028	3,401	3,463	3,753	2,130	2,812	4,139	3,081	1,921
1931	2,569	*	3,036	3,185	3,292	3,459	1,853	2,789	4,133	3,167	2,060
1938	2,646	_*	3,100		3,973	3,594	1,882	2,849	4,390	3,288	2,097
1941	2,733	_* * *	3,394	3,247	3,876	3,571	2,003	2,931	4,091	3,290	2,323
1943	2,714	*	3,214	3,377	4,936	3,553	2,004	2,828	3,926	2,885	2,390
1944	2,678	<b>_*</b>	3,956	3,311	4,724	3,608	1,932	2,869	4,029	2,784	2,400
1945	2,638	*	3,250	3,199	4,044	3,539	1,922	2,908	4,078	2,667	2,408
1946	2,644	_*	3,286	3,292	4,448	3,511	1,898	3,107	4,361	2,786	2,326
1947	2,671	<b>_*</b>	3,357	3,378	4,193	3,486	1,967	2,979	4,272	3,042	2,204
1948	2,728	*	3,357	3,203	4,518	3,503	2,055	2,944	4,287	3,033	2,250
1949	2,819	_*	3,207	3,511	4,446	3,563	2,155	3,045	4,297	3,175	2,283
1950	2,906	18,158	3,241	3,678	4,838	3,561	2,194	3,154	3,981	3,127	2,290
1951	2,791	16,714	3,200			3,460	2,126	2,965	3,839	2,844	2,203
1952	2,763	17,210	3,394	3,278	4,688	3,357	2,134	2,975	3,815	2,864	2,134
1953	2,772	15,583	3,030	3,315	4,655	3,361	2,159	3,093	3,780	2,764	2,171
1954	2,802	11,969	2,970	3,348	4,595	3,353	2,226	3,088	4,005	2,728	2,163
1955	2,855	11,970	2,886	3,399	4,538	3,423	2,293	3,106	3,897	2,804	2,195
1956	2,898	11,600	3,030	3,449	4,484	3,491	2,320	3,290	4,046	2,848	2,204
1957	2,934	10,643	2,920	3,599	4,437	3,522	2,353	3,232	4,234	2,836	2,285
1958	2,985	10,341	2,912	3,670	4,496	3,652	2,378	3,504	4,211	2,825	2,352
1959	2,969	9,391	3,030	3,731	4,605	3,627	2,351	3,159	4,243	2,892	2,449
1960	3,025	10,256	2,886	3,725	5,105	3,630	2,410	3,217	4,724	3,029	2,400
1961	3,047	10,667	3,322	3,709	4,908	3,705	2,432	3,168	4,668	2,995	2,420
1962	3,108	10,648	3,608	3,879	4,822	3,712	2,511	3,257	4,794	3,069	2,406

<sup>\*</sup>Inconnu.

Source: Données fournies par l'Association dentaire canadienne.

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Nous traitons au chapitre 13 de l'effectif futur de dentistes.

## Diplômés des écoles d'art dentaire du Canada

Au début, les trois premières écoles d'art dentaire du Canada n'étaient pas intégrées à une université, mais toutes trois—le Collège royal des chirurgiens-dentistes (Toronto), l'École d'art dentaire de Montréal (Montréal) et l'École d'art dentaire des provinces Maritimes (Halifax) étaient de quelque façon rattachées à l'université locale. A l'heure actuelle, ces trois institutions, de même que celles qui ont été établies ultérieurement, sont des facultés d'universités reconnues. Depuis 1939, 4,105 diplômés sont sortis de ces six institutions1 du Canada. Environ 7 p. 100 de ces diplômés étaient venus du Commonwealth et des États-Unis pour faire leurs études ici. D'autre part, entre 1955 et 1963, 4 p. 100 des étudiants canadiens en art dentaire sont allés faire leurs études aux États-Unis. On ne sait pas combien d'entre eux sont revenus exercer leur profession au Canada<sup>2</sup>.

Nos écoles d'art dentaire peuvent accueillir 338 étudiants de première année, comparativement à 202 en 1952-1953. L'augmentation du nombre des dentistes au Canada est en quelque sorte indissolublement liée à l'accroissement du nombre de places disponibles en première année dans

les écoles d'art dentaire.

## Immigration et émigration des dentistes

L'immigration, qui grossit notre effectif de médecins, apporte relativement peu de nouveaux membres à la profession dentaire. Cet état de choses tient dans une certaine mesure aux règlements provinciaux en matière d'autorisation3.

S'il est vrai que relativement peu de dentistes entrent au Canada par la voie de l'immigration, il l'est également que relativement peu en sortent. D'après l'Association dentaire du Canada, 200 seulement ont quitté le pays depuis 1945; ce chiffre représente environ 6 p. 100 du nombre des diplômés sortis des écoles canadiennes d'art dentaire depuis cette année-là. Les trois cinquièmes sont allés aux États-Unis4.

#### Décès et retraites de dentistes

Le taux de mortalité chez les dentistes qui font partie de l'Association dentaire canadienne est d'environ 1.2 p. 100 par an<sup>5</sup>. On prévoit que le taux augmentera légèrement d'ici quelques années, car près du tiers des dentistes exerçant au Canada sont nés vers le début du siècle.

Il est difficile de déterminer combien de dentistes prennent leur retraite au cours d'une année. Beaucoup continuent de faire partie de leur association professionnelle après qu'ils ont pris leur retraite, ou sont deve-

5 Ibid.

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Établies à l'Université Dalhousie, à l'Université de Montréal, à l'Université McGill, à l'Université de Toronto, à l'Université du Manitoba et à l'Université de l'Alberta.

<sup>2</sup> Bruce A. McFarlane, Les effectifs dentaires au Canada, étude réalisée pour la Commis-

sion royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964,

<sup>&</sup>lt;sup>3</sup> Ce point est étudié plus à fond au chapitre 13.

Bruce A. McFarlane, op. cit., chapitre 2.

nus inactifs pour quelque autre raison. En outre, tout comme les médecins, les dentistes ont tendance à n'abandonner que graduellement l'exercice de leur profession, de sorte que certains praticiens âgés peuvent donner l'impression qu'ils sont restés en activité, alors qu'en réalité ils ne consacrent qu'une partie limitée de leur temps à l'art dentaire.

L'Association dentaire britannique rapporte que 12 p. 100 des membres immatriculés en 1962 n'exerçaient plus¹. En 1961, le chiffre correspondant fourni par l'Association dentaire américaine était de 11.3 p. 100². Au Canada, l'Association dentaire du Manitoba a révélé que 11 p. 100 de ses membres étaient inactifs en 1962³. Cependant, le nombre des dentistes canadiens qui informent l'Association canadienne de leur retraite s'établit à 1.1 p. 100 par année en moyenne. Il est évident que ce chiffre est inférieur à la réalité.

## Répartition géographique des dentistes

Le tableau 7-12 révèle une très mauvaise répartition des dentistes dans toutes les provinces, même dans celles où leur nombre est relativement élevé par rapport au chiffre de la population. Ainsi, en Ontario, le rapport population/dentistes descend jusqu'à 20,892 dans certaines régions rurales. Cette insuffisance des services dentaires s'étend même à certaines régions urbaines. A Pembroke, par exemple, le rapport est de 10,000.

TABLEAU 7-12 RAPPORT POPULATION/DENTISTES, PAR PROVINCE ET SUIVANT LA TAILLE DES COMMUNAUTÉS, 1960

Province	Taille de la	Rapport entre			
Province	Moins de 10,000	Plus de 10,000	les colonnes A et B		
	A	В			
Terre-Neuve	30,859	3,424	1:9		
Île-du-Prince-Édouard	5,304	902	1:6		
Nouvelle-Écosse	5,146	2,693	1:2		
Nouveau-Brunswick	8,604	2,682	1:3		
Québec	7,828	2,538	1:3		
Ontario	4,136	1,956	1:2		
Manitoba	9,145	2,041	1:4		
Saskatchewan	8,411	2,046	1:4		
Alberta	7,167	1,790	1:4		
Colombie-Britannique	3,920	1,933	1:2		
Canada	6,061	2,119	1:3		

Source: Bruce A. McFarlane, Les effectifs dentaires au Canada, étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964, chapitre 2.

<sup>1</sup> Ibid.

² Ibid.

<sup>&</sup>lt;sup>8</sup> Ibid.

Règle générale, cependant, il est beaucoup plus favorable dans les villes qu'à la campagne<sup>1</sup>.

Si on la compare aux autres provinces l'Île-du-Prince-Édouard est dans une situation assez particulière. Bien que l'effectif dentaire y soit concentré dans les villes, la province est tellement peu étendue que les dentistes des centres urbains peuvent desservir en même temps les régions rurales.

#### Spécialisation

Beaucoup d'omnipraticiens dentaires «se spécialisent», mais 3.8 p. 100 seulement des dentistes du Canada sont des spécialistes qualifiés<sup>2</sup>. Trois spécialités dentaires sont reconnues au Canada: l'orthodontie, la chirurgie buccale et la périodontie. Dans d'autres pays, le nombre peut varier. Aux États-Unis, par exemple, il y a quatre autres spécialités<sup>3</sup>.

On note, entre 1952 et 1962, une certaine augmentation proportionnelle—de 2.5 à 3.8 p. 100—du nombre des spécialistes. Encore plus que leurs collègues omnipraticiens, ils tendent à se concentrer dans les villes. Quelle que soit leur spécialité, plus des trois quarts des spécialistes sont établis dans des villes de plus de 250,000 âmes. L'Ontario en a de loin la plus large part, soit 54 p. 100, tandis que Terre-Neuve et l'Île-du-Prince-Édouard n'en ont aucun<sup>4</sup>.

## Modes d'exercice de la profession

Au Canada, l'art dentaire se pratique surtout sous le régime de l'exercice indépendant et des honoraires. De toutes les professions de la santé, c'est peut-être celle où le salariat ou la concentration en de grands organismes sont le moins marqués. Ce mode d'organisation des services s'accompagne d'un niveau généralement insuffisant de soins dentaires<sup>5</sup>.

Certaines formes d'exercice en groupe se retrouvent chez les dentistes; ainsi, parmi les 216 praticiens interrogés pour le compte de notre Commission, environ 30 p. 100 n'exerçaient pas la profession à titre indépendant<sup>6</sup>. Néanmoins, cette tendance n'est pas aussi prononcée et l'exercice groupé ne présente pas autant de variantes que chez les médecins. Dans une large mesure, l'exercice indépendant continue de dominer chez les dentistes; même chez ceux qui exercent en groupe, 18 p. 100 seulement partagent des locaux, des installations et des patients avec des collègues<sup>7</sup>. Il est possible, cependant, que l'exercice en groupe présente, pour l'art dentaire, les mêmes avantages

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Ibid., chapitre 3.

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> Terre-Neuve n'accorde la certification pour aucune spécialité dentaire.

<sup>&</sup>lt;sup>8</sup> Bruce A. McFarlane, op. cit., chapitre 3. Ce sont la pédodontie, la prosthodontie, la pathologie buccale et l'hygiène publique.

<sup>6</sup> Ibid.

<sup>&</sup>lt;sup>5</sup> Voir le chapitre 5 du présent rapport.

<sup>&</sup>lt;sup>6</sup> O. Hall, L'utilisation des dentistes au Canada, étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964, chapitre III. <sup>7</sup> Ibid.

ou à peu près que pour la médecine: mise en commun de connaissances spécialisées, d'équipement, et de personnel, occasion de poursuivre leur formation, et diminution des frais d'exploitation.

#### La formation du dentiste

D'après Paynter<sup>1</sup>, les six écoles d'art dentaire du Canada peuvent accueillir 338 élèves de première année, soit 1,352 étudiants au total pour les quatre années du cours. On est à organiser, à l'Université de la Colombie-Britannique, une autre école qui pourra recevoir quarante étudiants de première année. Dans le passé, le corps professoral de ces institutions se composait surtout de dentistes qui n'enseignaient qu'à temps partiel. Bien que la proportion des professeurs à plein temps soit passée de 9 p. 100 en 1926 à 18.7 p. 100 en 1961, il n'en reste pas moins que les professeurs à mi-temps et à temps partiel représentent encore 81.3 p. 100 du corps enseignant de nos écoles d'art dentaire. En 1958, aux États-Unis, la proportion des professeurs à plein temps était de 31.4 p. 100<sup>2</sup>.

Chez les professeurs à plein temps, 45.3 p. 100 n'ont que le doctorat en chirurgie dentaire et 28 p. 100 sont des spécialistes. Une autre tranche de 18.7 p. 100 ont leur maîtrise ou leur doctorat en philosophie, en plus du doctorat en chirurgie dentaire. Chez les professeurs à temps partiel, 85.5 p. 100 n'ont que le doctorat en chirurgie dentaire, 10.7 p. 100 sont des spécialistes et 0.6 p. 100 ont leur maîtrise ou leur doctorat en philosophie, en plus du doctorat en chirurgie dentaire<sup>3</sup>.

Ces données attestent que les normes de l'enseignement dentaire au Canada ne sont peut-être pas aussi élevées qu'on le souhaiterait. En dépit des efforts les plus méritoires, il est probablement presque impossible au corps enseignant actuel d'assurer à l'enseignement dentaire les normes qu'il jugerait appropriées. D'après la Commission d'enquête sur l'art dentaire aux États-Unis, il devrait y avoir deux fois plus de professeurs à plein temps que de professeurs à temps partiel<sup>4</sup>. Au Canada, la proportion est d'environ 1 pour 5. Sur le plan de la qualité, les besoins n'en paraissent que plus pressants quand on sait qu'en 1961-1962 le rapport entre le nombre des professeurs à plein temps et à mi-temps et celui des élèves était de 1 à 12.6. Dans son étude sur l'enseignement dentaire en Colombie-Britannique, Macdonald a recommandé une proportion de 1 pour 5.4<sup>5</sup>.

Le fait que, pour un nombre important de nos professeurs à plein temps et à temps partiel, la formation s'arrête au doctorat en chirurgie dentaire tient dans une certaine mesure à ce que les occasions d'entreprendre des études post-universitaires en art dentaire sont assez limitées au

Colombie-Britannique, 1956, p. 53.

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup>K. J. Paynter, La formation dentaire au Canada, étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964, chapitre 5.

<sup>&</sup>lt;sup>8</sup> Ibid.

<sup>&</sup>lt;sup>4</sup> Commission d'enquête sur l'art dentaire aux États-Unis, The Survey of Dentistry, The Final Report, Washington, (D.C.), 1961, American Council of Education, p. 309.

<sup>5</sup> J. B. Macdonald, A Prospectus on Dental Education, Vancouver, Université de la

Canada. De plus, on estime que ce ne sont pas toutes nos écoles d'art dentaire qui possèdent les installations nécessaires aux études supérieures. De fait, deux seulement forment des chercheurs. Tant que cette lacune persistera, nos institutions dentaires manqueront de personnel, la contribution des recherches en sera appauvrie ou restera négligeable, l'expansion des institutions actuelles et la construction de nouvelles écoles seront gravement compromises.

Le lien qui existe entre l'école d'art dentaire et les autres facultés universitaires, en particulier l'école de médecine, est de grande importance sous le régime actuel de l'enseignement dentaire au Canada. Les institutions dentaires comptent sur d'autres départements, sur ceux des sciences biologiques et physiques, par exemple, pour l'enseignement et sont ainsi dispensées de recruter des spécialistes de ces disciplines. L'école de médecine joue le même rôle quant aux sciences fondamentales, et cela donne les mêmes résultats.

L'idée d'un centre où les sciences fondamentales de la santé seraient intégrées offre un moyen d'obvier à la rareté de personnel qualifié; le centre permettrait aux professeurs des sciences fondamentales d'enseigner non seulement aux médecins et aux dentistes, mais aussi aux élèves des disciplines paramédicales qui exigent le même genre d'instruction<sup>1</sup>.

#### LA PROFESSION D'INFIRMIÈRE

A l'encontre de la médecine et de l'art dentaire, la profession d'infirmière s'exerce principalement dans un milieu institutionnel: l'hôpital. La plupart des autres infirmières sont employées par des organismes publics ou privés, l'exercice indépendant se limitant au petit nombre. Au début du siècle, l'infirmière était plus indépendante qu'elle ne l'est aujourd'hui; à cette époque, elle travaillait habituellement seule, assurant à domicile des services allant du soin des malades à la garde des enfants. Aujourd'hui, l'infirmière d'hôpital se voit chargée de toute une gamme de fonctions dont beaucoup étaient inconnues au début du siècle. Règle générale, elle ne s'occupe plus d'un malade en particulier à domicile, mais elle fait plutôt partie d'une équipe chargée du soin d'un grand nombre de malades dans un hôpital. A mesure que l'exercice indépendant a diminué, les actes de l'infirmière sont devenus plus spécialisés et plus techniques. Plusieurs de ces actes étaient autrefois réservés aux médecins.

Les médecins délèguent de plus en plus de responsabilités à l'infirmière professionnelle. La seconde Grande Guerre a accentué le recours aux infirmières pour l'exécution de certains actes, notamment les injections intraveineuses, jusqu'alors réservées aux médecins. À l'heure actuelle, l'infirmière, quand elle a reçu une bonne formation, peut agir sur sa propre initiative en cas d'urgence—par exemple, pour soulager un malade

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Nous traitons plus à fond de l'enseignement dentaire au chapitre 13.

265

qui étouffe—dans l'administration de soins aux opérés et à d'autres grands malades. Par suite de la mise au point de nouvelles techniques, elle sera de plus en plus appelée à accomplir des tâches extrêmement spécialisées . . . <sup>1</sup>

Il ne fait aucun doute que le rôle de l'infirmière se transforme pour s'adapter aux réalités de la conjoncture actuelle de la santé. Ces changements mettent en jeu l'avenir de la profession, car ils influent directement sur l'attrait que présente la carrière d'infirmière et sur le recrutement de l'effectif nécessaire au maintien des services de santé. Ils influent aussi beaucoup sur les études des infirmières et sur la qualité des soins infirmiers<sup>2</sup>.

#### Rapport population/infirmières

La statistique des immatriculations donne une idée approximative du nombre d'infirmières que compte le Canada, mais il convient de se rappeler que cette évaluation n'est pas de tout repos. L'homologation et l'immatriculation des infirmières sont du domaine provincial. Les exigences varient suivant la province. Ainsi, à Terre-Neuve, dans l'Île-du-Prince-Édouard, au Québec et au Manitoba, les infirmières qui désirent exercer leur profession doivent s'inscrire auprès de l'association provinciale et obtenir une licence. Dans d'autres provinces, une infirmière diplômée peut exercer sans s'inscrire. Dans les quatre provinces qui exigent la licence, la statistique comprend donc, théoriquement, toutes les infirmières en activité, tandis que ce n'est pas nécessairement le cas pour les autres provinces. De plus, celles qui se sont qualifiées peuvent conserver l'immatriculation, même si elles ne pratiquent pas. On voit donc que la statistique des immatriculations ne fournit pas de données complètes sur les infirmières actives et inactives; cependant, elle peut nous aider à déterminer les tendances.

Le nombre des infirmières licenciées au Canada s'est fort accru depuis la guerre. Comme le montre le tableau 7-13, elles se chiffraient par 27,853 en 1941 et par 78,340 vingt ans plus tard (1961), soit une augmentation de presque le triple. Le gros de cette augmentation est intervenu dans la décennie 1951-1961 et s'est élevé à près de 80 p. 100.

La croissance du nombre des infirmières licenciées s'est accompagnée d'une amélioration du rapport population/infirmières au Canada. Comme on le voit au tableau 7-14, le rapport population/infirmières licenciées a constamment baissé jusqu'en 1962, alors qu'il y avait une infirmière licenciée pour 220 Canadiens.

Le Recensement décennal du Canada fournit des renseignements sur la croissance de l'effectif des infirmières qui exercent leur profession, au lieu de demeurer simplement immatriculées. Ces données figurent au tableau 7-15 et montrent que le nombre d'infirmières qui ont déclaré qu'elles exerçaient activement leur profession, à plein temps ou à temps partiel, a

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Ministère de la Santé, de l'Éducation et du Bien-être des États-Unis, Toward Quality in Nursing, Needs and Goals, Washington, Bureau des impressions du gouvernement des États-Unis, 1963, p. 4.

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> Nous traitons plus à fond, au chapitre 13, de la transformation du rôle de l'infirmière.

TABLEAU 7-13 INFIRMIÈRES LICENCIÉES, AUGMENTATION ANNUELLE DES IMMATRICULATIONS ET DU NOMBRE DE DIPLÔMÉES, CANADA, CERTAINES ANNÉES, 1941-1961

Année	Nombre d'in- firmières li- cenciées	Augmentation des imma- triculations	Nombre de diplômées  4,068		
1941 1950.	27,853 41,088	_			
1951		2,836 -44 3,895 2,356 4,387	4,349 4,452* 4,555* 4,658* 4,761*		
1956		4,901 1,445 3,802 3,836 4,383	4,866 5,034 5,244 5,670 5,483		
1961	78,340	5,455	6,004		

<sup>\*</sup>Estimation.

Source: D'après des données fournies par l'Association des infirmières du Canada.

TABLEAU 7-14 RAPPORT POPULATION/INFIRMIÈRES LICENCIÉES\* DU CANADA ET DES PROVINCES, CERTAINES ANNÉES, 1941-1962

Province	1941	1951	1955	1956	1957	1958	1959	1960	1961	1962
Terre-Neuve	_	_	612	654	592	555	531	506	478	449
Île-du-Prince-Édouard	805	268	268	247	259	262	252	234	226	235
Nouvelle-Écosse	558	336	353	319	342	326	321	308	274	258
Nouveau-Brunswick	713	395	348	342	340	310	289	268	244	228
Québec	787	491	453	450	437	433	429	418	394	360
Ontario	257	216	200	191	198	191	179	176	165	162
Manitoba	474	411	347	325	307	311	308	257	247	241
Saskatchewan	736	364	301	282	269	251	269	247	245	235
Alberta	541	395	357	340	337	321	301	296	289	207
Colombie-Britannique	288	274	253	203	208	201	209	193	192	190
Canada	413	319	288	271	273	264	255	245	233	220

<sup>\*</sup>Les infirmières licenciées exerçant leur profession dans les Territoires du Nord-Ouest et le Yukon sont immatriculées dans une des provinces.

SOURCE: D'après le tableau 7-13 et des données obtenues de l'Association des infirmières du Canada.

augmenté de 21,171 en 1941 à 35,129 en 1951, et à 61,699¹ en 1961. C'est ainsi que 80 p. 100 environ des infirmières licenciées ont exercé leur profession au cours de la décennie 1951-1961. D'après les données du recensement, le rapport population/infirmières en activité a baissé de 399 en 1951 à 296 en 1961².

Il est manifeste que les immatriculations, tout en indiquant le taux moyen de la croissance des effectifs, ne sont pas un indicateur sûr du nombre des infirmières qui exercent à un moment particulier. Le tableau 7-13 le fait bien voir. Le nombre des diplômées a constamment augmenté de 1951 à 1961, mais celui des infirmières licenciées a beaucoup varié. En 1952, leur nombre était inférieur au chiffre de 1951, et pourtant, en 1952, le nombre des diplômées a atteint 4,452. De même, en 1957, le nombre des immatriculations n'a augmenté que de 1,445, mais celui des diplômées a totalisé 5,034. Il doit s'exercer une variable que ne révèlent pas les chiffres. Se peut-il que durant les quelques années précédentes de fort emploi, certaines infirmières aient abandonné des emplois qu'elles exerçaient pour accroître leur revenu? Fait remarquable, en 1958, après une année de régression, le nombre d'infirmières licenciées s'est accru de 3,802. Bien entendu, le nombre d'infirmières diplômées qualifiées qui exercent à un moment particulier est un peu inférieur au nombre des licenciées; cependant, il est difficile de déterminer exactement la différence sans en savoir bien davantage au sujet des raisons d'ordre social qui déterminent les variations du taux de participation à la population active.

Le rapport population/infirmières licenciées s'est amélioré au Canada depuis la guerre; cependant, comme le montre le tableau 7-14, l'amélioration est plus prononcée dans certaines provinces. Tout au long de cette période, c'est en Ontario et en Colombie-Britannique que le rapport a été invariablement le plus favorable, et dans le Québec et Terre-Neuve qu'il l'a été le moins. Le progrès est manifeste dans toutes les provinces, mais c'est dans l'Île du Prince-Édouard, au Nouveau-Brunswick et en Saskatchewan que les gains les plus grands ont été réalisés. Si nous admettons que la statistique des immatriculations peut servir au moins à indiquer la situation relative des provinces quant au nombre des infirmières exerçant leur profession à plein temps, il ressort du tableau 7-14 que certaines régions du Canada manquent d'infirmières<sup>3</sup>.

Le rapport population/infirmières au Canada est plus favorable que celui de maints pays européens. Le tableau 7-16 indique qu'en 1959 quatre seulement des pays énumérés devançaient le Canada, tandis que le rapport des autres était moins favorable. Cependant, ces données sont sujettes à caution. Certaines sont des approximations; ce qu'il faut retenir surtout, toutefois, c'est que, dans les pays occidentaux, les catégories d'infirmières,

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> L'infirmière licenciée est celle qui a répondu à certaines conditions d'immatriculation particulières et qui est inscrite sur le régistre des infirmières en vertu d'une loi provinciale. L'infirmière active est celle qui est licenciée et qui exerce.

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> Rapport fondé sur le tableau 7-15.

<sup>&</sup>lt;sup>8</sup> Nous traitons au chapitre 13 de l'effectif futur d'infirmières.

établies d'après le degré de formation et l'activité professionnelle, ne correspondent pas toujours. Les infirmières qu'on range dans le personnel auxiliaire en un pays peuvent figurer parmi les infirmières professionnelles dans un autre.

TABLEAU 7-15 NOMBRE D'INFIRMIÈRES ACTIVES ET LICENCIÉES, CANADA, ANNÉES DE RECENSEMENT, 1941-1961

Année	Nombre d'infirmières licenciées	Nombre d'infirmières actives (recensement)	Pourcentage des actives par rapport aux licenciées
1941	27,853	21,171	76.0
	43,924	35,129	80.0
	78,340	61,699	78.8

SOURCE: Tableau 7-13 et Bureau fédéral de la statistique, Recensement du Canada, 1961, vol. III, 1<sup>ee</sup> partie, Population active, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1963, tableau 6. Recensement du Canada, 1951, vol. V, Population active, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1953, tableau 10. Recensement du Canada, 1941, vol. VI, Gain, emploi et chômage des employés à gages, Ottawa, Imprimeur du Roi, 1946, tableau 6.

TABLEAU 7-16 RAPPORT POPULATION/INFIRMIÈRES DU CANADA ET DE CERTAINS PAYS, 1959

Pays	Population par infirmière
Suède	122
République fédérale d'Allemagne	136
Nouvelle-Zélande	215
Suisse	249
Canada*	<i>255</i>
Danemark	
Finlande	
États-Unis	
Norvège	
Autriche	
Angleterre et pays de Galles	
France	536
Hollande	815
Italie	952
Grèce	1,207
Portugal	2,799
Espagne	ĺ <sup>*</sup> –†
Belgique	l –†
Australie	_ <del>†</del>

<sup>\*</sup>D'après le tableau 7-14.

<sup>†</sup>Inconnu.

SOURCE: Tableau 7-14, et chiffres tirés des données de Statistique épidémiologique et démographique 1959, Organisation mondiale de la santé, Genève, 1962, et de l'Annuaire démographique 1960, New-York, Nations Unies, 1961.

# Diplômées des écoles canadiennes d'infirmières

Les principales sources de recrutement des infirmières au Canada sont les écoles d'infirmières des hôpitaux et des universités. Le tableau 7-7 renseigne sur les inscriptions des élèves et révèle une forte augmentation du nombre total des élèves et des diplômées. La question capitale, cependant, consiste à déterminer si le nombre des inscriptions et, par conséquent, celui des diplômées, augmente par rapport au nombre de jeunes filles qui obtiennent le certificat de 12<sup>e</sup> année, puisque c'est parmi elles que les infirmières se recrutent; ce qu'il faut savoir, c'est combien de jeunes filles parmi celles auxquelles la carrière est ouverte deviennent effectivement des infirmières. Pour obtenir ce renseignement, on a établi le pourcentage dans les inscriptions par rapport au nombre de jeunes filles qui, à la fin d'une année, obtiennent leur certificat de 12<sup>e</sup> année et qui, par conséquent, pourraient entrer dans une école d'infirmières. Le tableau 7-18 indique que le pourcentage a

TABLEAU 7-17 INSCRIPTIONS DANS LES ÉCOLES D'INFIRMIÈRES DU CANADA, 1930-1961

Année	Total des inscriptions	Diplômées
1930	. 9,088	•
1939	8,500	•
1945	12,151	*
1946	12,880 12,872 13,273 14,115 14,811 15,457 15,423 15,434	•
1954	15,883 17,369	•
1956	17,948 18,500 18,168 19,352 21,297	4,866 5,034 5,244 5,670 5,483
1961	22,821	6,004

<sup>\*</sup>Inconnu.

Source: Données fournies par l'Association des infirmières du Canada.

baissé de 23.19 p. 100 en 1944 à 10.78 p. 100 en 1961. La tendance générale du nombre des recrues a été ascendante, mais a augmenté beaucoup plus lentement que le nombre de jeunes filles qui ont obtenu leur certificat de 12° année. Ainsi, pour les jeunes filles qui se sont inscrites à une école d'infirmières entre 1951 et 1961, l'augmentation a été de 46 p. 100, tandis que pour les jeunes filles qui ont obtenu le certificat de 12° année, elle a été de 170 p. 100.

Il ne semble pas manquer de jeunes femmes qui pourraient devenir infirmières; un nombre assez considérable le deviennent. A cause des besoins actuels et futurs, le problème de recruter plus de candidates continue de se poser. Étant donné que d'autres débouchés attrayants s'offrent à elles, il faudra, afin d'empêcher le pourcentage de celles qui s'inscrivent dans les écoles d'infirmières de baisser à un niveau qui réduirait considérablement l'effectif des infirmières, adopter une attitude nouvelle et ingénieuse en ce qui concerne le recrutement, la formation et l'utilisation des cadres de la profession<sup>1</sup>.

TABLEAU 7-18 NOMBRE ET POURCENTAGE DES JEUNES FILLES AYANT LE CERTIFICAT DE 12° ANNÉE ET INSCRITES DANS LES ÉCOLES D'INFIRMIÈRES, CANADA, 1944-1961

Année	Jeunes filles ayant leur certificat de 12º année*	Inscrites dans les écoles	Pourcentage des jeunes filles inscrites dans les écoles d'infirmières
1944		5,035	23.19
1945	22,802	4,536	19.89
1946	23,462	5,160	21.99
1947	24,181	4,929	20.38
1948		4,954	20.86
1949	27,005	5,320	19.70
1950	27,448	5,743	20.92
1951	28,997	5,754	19.84
1955	37,393	6,270	16.50
1956	39,455	6,377	16.16
1957	49,466	6,385	12.90
1958		6,895	11.79
1959		6,994	10.44
1960	70,656	7,666	10.84
1961	78,162	8,428	10.78

<sup>\*</sup>Sauf pour les années 1957 à 1961, les élèves sorties des écoles privées ne sont pas incluses. Source: Données fournies par l'Association des infirmières du Canada.

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup>Ces questions sont reprises au chapitre 13.

## Immigration et émigration des infirmières

L'effectif des infirmières est grossi chaque année par l'apport net de l'immigration et par les nouvelles diplômées. L'immigration et l'émigration varient suivant l'idée que les infirmières se font des occasions que les autres pays ont à offrir; l'évaluation des tendances est, de ce fait, plus compliquée. Le plus grave inconvénient de la statistique de l'immigration, c'est que les candidates à l'immigration indiquent, avant même de quitter leur pays d'origine, vers quelle profession elles entendent s'orienter; comme aucune vérification n'est faite après leur arrivée, on ne sait pas si elles ont effectivement réussi à obtenir du travail dans le domaine qu'elles avaient choisi.

Le tableau 7-19 fournit, pour le Canada, les données relatives à l'immigration et à l'émigration depuis 1953. La colonne 3 indique le nombre des immigrantes qui avaient manifesté l'intention de s'orienter vers la carrière d'infirmière. Il est impossible de savoir si leurs projets se sont réalisés. Certaines ont peut-être accepté un autre emploi. Même si nous supposons que le total de la colonne 3 représente le nombre des immigrantes qui ont exercé la profession, la perte des infirmières canadiennes qui sont allées aux États-Unis a été si considérable que, comme l'indique la colonne 5, durant la période allant de 1953 à 1960, le gain net n'a été que de 553, compte non tenu des infirmières canadiennes émigrées vers des pays situés en dehors de l'Amérique du Nord. Comme beaucoup de nos infirmières émigrent aux États-Unis, le Canada doit en former un plus grand nombre pour répondre à ses besoins minimums.

TABLEAU 7-19 IMMIGRATION ET ÉMIGRATION DES INFIRMIÈRES DIPLÔMÉES, CANADA, 1953-1960

Année	(1) Immigra- tion des États-	(2) Immigra- tion d'autres	(3) Immigra- tion	(4) Émigra- tion aux États-	Chang	5) gement et
	Unis	pays	totale	Unis*	(1)-(4)	(3)-(4)
1953	98	1,483	1,581	951	_ 853	630
1954	83	1,375	1,458	940	- 857	518
1955	71	1,156	1,227	1,227	-1,156	0
1956	61	1,187	1,248	1,388	-1,327	-140
1957	58	1,671	1,729	1,553	-1,495	176
1958	105	1,040	1,145	1,376	-1,271	-231
1959	97	976	1,073	1,343	-1,246	-270
1960	119	1,171	1,290	1,420	-1,301	-130
Total	692	10,059	10,751	10,198	-9,506	553

<sup>\*</sup>Ces chiffres comprennent les élèves-infirmières et représentent une surévaluation de 3 p. 100 du nombre des émigrantes.

Source: Données fournies par le ministère de la Citoyenneté et de l'Immigration.

Parce que les infirmières canadiennes sont fort demandées à l'étranger, elles profitent volontiers de l'offre. On nous a aussi affirmé que les déplacements sont nombreux d'une province à une autre. Cette grande mobilité est une source de difficultés particulières pour les provinces et les régions moins urbanisées qui souffrent d'un exode ininterrompu.

# Le mariage et l'infirmière

Comme dans le cas d'autres professions exercées surtout par les femmes, la profession infirmière compte un grand nombre d'infirmières diplômées actives qui sont mariées. C'est un fait qui influe sur l'effectif des infirmières, puisqu'un nombre important d'infirmières qualifiées se retirent de la profession afin de se marier et de fonder une famille. Il n'existe pas de données qui permettent d'en déterminer le taux annuel, ni de connaître le nombre de celles qui reviennent ensuite à la profession. Nous ne pouvons, par conséquent, établir la balance entre les départs et les retours. Cependant, comme le montre le tableau 7-20, une proportion grandissante des infirmières sont mariées. Entre 1951 et 1961, elle est passée de 25.3 à 46.5 p. 100. La situation reflète la tendance générale qui marque l'emploi des femmes mariées, comme le montre un groupe choisi de professions au même tableau.

# Nature de l'emploi

La répartition des infirmières entre les diverses catégories d'emplois exerce une influence décisive sur l'effectif disponible. Le tableau 7-21 révèle que l'exercice à titre privé absorbe proportionnellement moins d'infirmières qu'autrefois. Il indique aussi que dans le secteur de l'hygiène publique et industrielle leur effectif s'accroît plus lentement que dans les autres secteurs.

Depuis que les hôpitaux sont devenus des centres de plus en plus importants de traitement moderne, ils ont assumé de plus en plus le rôle de principaux employeurs des infirmières. D'après la statistique de 1930, l'exercice privé absorbait à l'époque environ 60 p. 100 des infirmières licenciées; en 1960, on n'y en trouvait plus que 9 p. 100. L'augmentation de la proportion des infirmières employées dans les hôpitaux s'est accompagnée d'un acroissement considérable de l'effectif infirmier. En 1941, les hôpitaux publics qui font rapport annuellement au Bureau fédéral de la statistique employaient 7,835 infirmières; en 1958, ils en employaient 28,925 à plein temps et 4,136 à temps partiel. De 1954 à 1960, le nombre des infirmières employées dans les institutions de maladies mentales et dans les sanatoriums de tuberculeux n'a augmenté que légèrement, passant de 6,698 à 7,677. Les heures de travail ayant été réduites et le morcellement de la journée de travail éliminé, il a fallu accroître le nombre d'infirmières plus rapidement que le nombre de lits d'hôpital. Ainsi, bien que le personel infirmier des hôpitaux publics se soit accru plus rapidement que le nombre de lits d'hôpital, certaines autorités continuent de soutenir qu'on manque d'infirmières au Canada, en particuliers dans certaines régions1.

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> La question est traitée au chapitre 13.

TABLEAU 7-20 NOMBRE ET RÉPARTITION EN POURCENTAGE DE LA POPULATION ACTIVE FÉMININE ET MARIÉE, SELON CERTAINES PROFESSIONS, 1951 ET 1961

		Total .	Ma	ıriées
Profession	Année	Nombre	Nombre	Pourcentage
Institutrices	1951	74,319	15,289	20.6
	1961	118,807	49,271	41.4
Infirmières diplômées	1951	34,270	8,685	25.3
	1961	59,345	27,608	46.5
Infirmières stagiaires	1951	15,581	129	0.8
	1961	22,667	468	2.1
Physiothérapeutes et ergothérapeutes	1951	_ <b>*</b>	_*	_ <b>*</b>
	1961	2,044	834	40.8
Techniciennes (médicales et dentaires)	1951	<b>*</b>	_*	_*
	1961	9,085	2,835	31.2
Diététiciennes	1951	1,100	201	18.3
	1961	1,849	666	36.0
Assistantes sociales	1951	2,525	604	23.9
	1961	5,784	1,940	33.5
Sténographes et dactylographes	1951	133,485	31,665	23.7
	1961	160,843	67,654	42.1
Aides-infirmières, sténographes et auxiliaires	1951 1961	<b>*</b> 49,376	_ <b>+</b> 23,197	_* 47.0

<sup>\*</sup>Chiffre inconnu.

SOURCE: Bureau fédéral de la statistique, Recensement du Canada, 1951, vol. IV, Main-d'œuvre, tableau 11, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1953; Bureau fédéral de la statistique, Recensement du Canada, 1961, vol. III, 1<sup>re</sup> partie, tableau 17, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1963, pp. 17-241 et 17-243.

# Enseignement infirmier: écoles d'infirmières des hôpitaux

Il existe au Canada quatre programmes principaux de formation d'infirmières et d'aides-infirmières: le cours universitaire, enseigné par 17 écoles universitaires d'infirmières; le cours hospitalier, enseigné par 171 écoles hospitalières; le cours d'aide-infirmière qui se donnent à 79 endroits; le cours d'infirmière psychiatrique de 8 institutions, toutes situées dans les provinces de l'Ouest.

Les premières véritables écoles d'infirmières du Canada ont été établies vers la fin du siècle dernier; elles furent organisées d'après le système

TABLEAU 7-21 NOMBRE ET RÉPARTITION EN POURCENTAGE DES INFIRMIÈRES DIPLÔMÉES DANS LES PRINCIPAUX SECTEURS INFIRMIERS, CANADA, CERTAINES ANNÉES, 1930-1960

MoN	1930	1943		1948		1955		1956		1960	
	ıbre %	Nombre % Nombre   % Nombre   % Nombre   % Nombre   % Nombre   %	%	Nombre	8	Nombre	8	Nombre	%	Nombre	%
Exercice privé	09 021 9	768 9	0,	788 6	- 7	7 067	۰	1 063	•	7717	-
			3	7,000	3	706 <b>.</b> +	`	4,302	•		<u>,                                     </u>
Hôpitaux et écoles d'infirmières	2,639 2.	25 10,705	8	12,846	29	24,292	45	30,448	21	40,358	29
Hygiène publique et industrielle	1,521 1:	15 3,241	15	3,017	16	4,370	∞	4,524	∞	5,109	7
Domaines autres et non précisés	•	1,849	8	287	7	20,894† 38		19,894† 33	33	16,870†	25
TOTAL 10,:	530 10	10,530 100 22,122	8	100 19,036 100 54,518 100	100	54,518	8	59,828	100	68,502	100

Chiffre inconnu.
 † Ce chiffre comprend les infirmières inactives.

Source: Données fournies par l'Association des infirmières canadiennes.

effectifs de la santé 275

Nightingale appliqué pour la première fois à l'hôpital Saint-Thomas de Londres (Angleterre)¹, sauf que l'École de l'hôpital Saint-Thomas était une institution indépendante et que ses élèves ne faisaient pas partie du personnel de l'hôpital. Dans les écoles canadiennes, cependant, les élèves étaient tenues de faire du service dans l'hôpital auquel leur école faisait partie. La formation de l'infirmière était subordonnée aux exigences du service hospitalier. Il importe de signaler que ce régime a permis à des milliers de jeunes filles de profiter d'une formation professionnelle qui ne comportait pas de frais directs. Dans ses grandes lignes, ce régime dure encore, bien que les normes d'enseignement aient été relevées depuis son avènement. Il convient de noter que, dès 1932, dans son étude sur les écoles canadiennes d'infirmières, M. George M. Weir a recommandé que ces écoles cessent d'être rattachées aux hôpitaux pour relever des autorités provinciales de l'Instruction publique². Depuis lors, on réclame de plus en plus cette séparation³.

Les données financières relatives à la formation des infirmières dans les quelques villes où cette statistique est tenue permettent d'évaluer dans quelle mesure on a mêlé l'enseignement et le service. Les écoles d'infirmières de la Saskatchewan nous en fournissent une approximation<sup>4</sup>. Le tableau 7-22 indique que le coût brut par élève était en moyenne de \$1,500 en 1954 et qu'il variait de \$1,285 à \$1,862. Ce chiffre comprend des dépenses comme les droits de l'instruction, les fournitures, l'amortissement, l'administration générale, et autres. En soustrayant du coût brut la valeur des services rendus par l'élève, on obtient le coût net moyen. Nous reportant de nouveau au tableau 7-22, nous y voyons que le coût net moyen pour l'hôpital est de \$228 par élève<sup>5</sup>. Ces données financières relatives aux écoles hospitalières d'infirmières ne donnent pas une juste idée de la qualité de leur enseignement. Le nombre des élèves est un facteur qui peut influer sensiblement sur le coût brut.

Sur le plan du financement, les écoles d'infirmières se distinguent des autres institutions d'enseignement, qui relèvent des autorités provinciales et dont les buts éducatifs sont clairement définis, en ce sens qu'elles sont partie intégrante d'une institution de service et qu'elles sont financées comme telles. Il est bon de signaler ici que l'une des conséquences de l'introduction du programme d'assurance-hospitalisation a été de libérer les malades hospitalisées d'une partie du coût de la formation des infirmières et de le faire retomber ainsi sur l'ensemble des contribuables.

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> J. M. Gibbon et M. S. Mathewson, *Three Centuries of Canada Nursing*, Toronto, Macmillan, 1947, p. 144.

Macmillan, 1947, p. 144.

<sup>2</sup> George M. Weir, Survey of Nursing Education in Canada, Toronto, Presses de l'Université de Toronto, 1932, p. 471.

<sup>&</sup>lt;sup>8</sup> Voir, par exemple, H. K. Mussallem, Regards sur l'enseignement infirmier, rapport de l'enquête en vue de l'évaluation des écoles d'infirmières au Canada, Ottawa, Association des infirmières du Canada, 1960. Association des infirmières du Canada, mémoire présenté à la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Toronto, 1962.

<sup>&</sup>lt;sup>4</sup>L. Wilson, Cost Study of Basic Nursing Education Programs in Saskatchewan, Regina, Association des infirmières licenciées de la Saskatchewan, 1958.

<sup>&</sup>lt;sup>5</sup> Le coût net moyen varie suivant l'évaluation de ce que coûteraient ces mêmes services s'ils étaient rendus par d'autres personnes.

TABLEAU 7-22 FRAIS DE FONCTIONNEMENT DES ÉCOLES D'INFIRMIÈRES DE DIX HÔPITAUX GÉNÉRAUX DE LA SASKATCHEWAN, 1954

1,169 211 213 ,763,208 357,263 321,832 1,508 1,693 1,511 ,496,052 286,200 269,172		28			F G	Ĥ	I	J
57, 263   321, 832   1, 693   1, 511   86, 200   260, 172	` _	_	dollars	194	66	48	54	189
57,263   321,832   1,693   1,511   86,200   260,172	_							
,496,052 286,200 260,172	1,289	80,928	81,537 1,568	320,332 1,651	129,472 1,308	62,741 1,307	100,532	242,827 1,285
1,200 1,330 1,221	84,276 1,652	1,111	66,396	242,256 1,249	134,856	57,996 1,208	61,836	237,600 1,257
d'infirmières	18,532* 363*	16,464	15, 141	78,076	5,384*	4,745	38,696	.5,227

\* Valeur excédentaire des services rendus par les élèves par rapport au coût déclaré d'exploitation des écoles d'infirmières. Source: L. Wilson, Cost Study of Basic Nursing Education Programs in Saskatchewan, Regina, Association des infirmières licenciées de la Saskatchewan, 1958, tableaux XVIII et XVIII, p. 76.

Les écoles d'infirmières sont aux prises en ce moment avec un problème d'importance capitale: le manque de professeurs qualifiés. Le tableau 7-23 révèle qu'environ 35 p. 100 des monitrices des écoles hospitalières sont des diplômées du cours hospitalier de trois ans et n'ont aucune formation pédagogique supplémentaire. Une autre tranche de 37 p. 100 détient un certificat ou un diplôme d'études supérieures et 28 p. 100 le baccalauréat ès sciences ou un grade plus élevé. Seul ce dernier groupe peut se considérer comme pleinement formé pour enseigner à l'hôpital. Aux États-Unis, le quart seulement des infirmières enseignantes n'ont pas de grade universitaire<sup>1</sup>.

Le roulement du personnel enseignant est l'un des obstacles à la stabilité du programme de formation des infirmières. D'après les données recueillies en Ontario, par exemple, 62 p. 100 des monitrices occupent leur poste actuel depuis moins de deux ans.

TABLEAU 7-23 FORMATION DES MONITRICES À PLEIN TEMPS DES ÉCOLES D'INFIRMIÈRES, 1959, 1960, 1961

Formation	25 éc d'infirm l'enqu (19:	ières de uête*	171 éd d'infirm (196	nières†	171 éc d'infirm (196	ières‡
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Aucune formation		30.9 43.8 21.5 3.8	448 625 319 54	31.0 44.0 22.0 3.0	532 568 394 32	34.9 37.2 25.8 2.1
TOTAL	265	100.0	1,446	100.0	1,526	100.0

<sup>\*</sup> H. K. Mussallem, Regards sur l'enseignement infirmier, rapport de l'enquête en vue de l'évaluation des écoles d'infirmières du Canada, Ottawa, l'Association des infirmières du Canada, 1960.

† Chiffres du Fact Finding Survey de l'Association des infirmières du Canada, Ottawa, 1960 ‡ Données fournies par l'Association des infirmières du Canada.

Il n'est pas exagéré de dire que l'éventail des matières figurant au programme du cours de trois ans des écoles d'infirmières des hôpitaux canadiens est passablement morcelé. Comme on peut y enseigner jusqu'à 68 matières différentes pendant ces trois ans, il n'est pas difficile de conclure que cet enseignement est superficiel<sup>2</sup>.

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Ministère de la Santé, de l'Éducation et du Bien-être des États-Unis, *Toward Quality in Nursing: Needs and Goals*, Washington, Bureau des impressions du gouvernement des États-Unis, 1963.

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> H. K. Mussallem, La formation infirmière au Canada, étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964, chapitre III.

Pour l'élève-infirmière, le facteur qui compte le plus, probablement, c'est l'expérience clinique, c'est-à-dire les soins de santé qu'elle est appelée effectivement à prodiguer. Or la qualité de cette expérience varie grandement, surtout parce que cet aspect de la formation des infirmières au Canada est avant tout subordonné aux nécessités du service hospitalier, plutôt qu'aux besoins mêmes de la formation de l'infirmière.

Jusqu'à un certain point, ce sont les soins infirmiers que requièrent les malades qui assurent à l'infirmière l'expérience clinique nécessaire. Souvent, cependant, quand les hôpitaux manquent d'infirmières, ils ont trop fréquemment recours aux élèves pour répondre aux besoins. Dans bien des cas, ces jeunes filles ne possèdent pas l'expérience clinique nécessaire. En conséquence, le malade n'est pas bien soigné et la formation de l'élève-infirmière en est gênée.

Le tableau 7-24 donne une idée de la lourde tâche assignée aux élèves pour les soins infirmiers. Ce que ce tableau ne dit pas, c'est qu'une grande part de cette tâche s'exécute pendant la nuit, le plus souvent sans surveillance.

Tant qu'on continuera de compter sur les élèves-infirmières pour assurer une aussi large part du service infirmier hospitalier, il est douteux que les écoles des hôpitaux puissent atteindre pleinement leurs objectifs sans modifier sensiblement leur programme<sup>1</sup>. D'après l'Organisation mondiale de la santé, «il est indispensable que l'élève-infirmière soit véritablement une

TABLEAU 7-24 POURCENTAGE DES SOINS INFIRMIERS DONNÉS PAR DES INFIRMIÈRES PROFESSIONNELLES ET NON PROFESSIONNELLES ET PAR DES ÉLÈVES DANS LES ÉCOLES D'INFIRMIÈRES DES HÔPITAUX CANADIENS, 1961

Province	Professionnelles	Non professionnelles	Élèves
Terre-Neuve	28.6	19.0	52.4
Île-du-Prince-Édouard	33.2	30.3	36.5
Nouvelle-Écosse	36.2	31.9	31.9
Nouveau-Brunswick	39.3	30.3	30.4
Québec	30.9	37.2	31.9
Ontario	40.7	33.8	25.5
Manitoba	36.7	37.0	26.3
Saskatchewan	32.7	32.6	34.7
Alberta	40.4	33.5	26.1
Colombie-Britannique	39.3	36.1	24.6
Canada	35.8	32.2	32.0

Source: H. K. Mussallem, La formation infirmière au Canada, étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964, chapitre III.

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Il sera de nouveau question des écoles hospitalières d'infirmières au chapitre 13.

élève au lieu de ne l'être que de nom. Le fait que la plupart des écoles d'infirmières soient des écoles hospitalières qui ne sont pas maîtresses du temps des élèves, et que la prétendue élève ne soit, au fond, qu'une employée ou une apprentie est l'un des principaux obstacles à l'amélioration des cours de formation<sup>1</sup>...»

## L'enseignement infirmier: écoles d'infirmières des universités

C'est à l'Université de la Colombie-Britannique en 1919 qu'a été inauguré le premier programme d'enseignement infirmier aboutissant au baccalauréat ès sciences. Les élèves du cours de cinq ans passaient les deux premières et la dernière années à l'université, les deux autres années étant consacrées à un stage à l'Hôpital général de Vancouver. A l'heure actuelle, il existe 17 écoles universitaires d'infirmières au pays, dont 15 décernent le baccalauréat ès sciences. Sept de ces dernières offrent des cours universitaires généraux comparables à ceux qui débouchent sur d'autres professions; le corps professoral établit le programme d'études et assume la responsabilité du cours entier de quatre ans. Les huit autres universités décernent ce même diplôme à la fin d'un cours de cinq ou de six ans, mais seulement le programme de la première et de la dernière années est déterminé par l'université. Pour les deuxième, troisième et quatrième années, les élèves sont inscrites aux écoles hospitalières d'infirmières. Ces universités décernent donc des grades à des élèves qui, pendant trois ans, échappent à leur autorité<sup>2</sup>. Nous croyons qu'il est temps que toutes les écoles universitaires adoptent le cours général de quatre ans3.

En plus de celles qui s'inscrivent à ces cours d'études générales universitaires, un nombre croissant d'infirmières qui ont suivi le cours régulier de trois ans des hôpitaux s'inscrivent à un cours post-scolaire d'un an pour le certificat ou pour le baccalauréat ès sciences.

Le tableau 7-25 indique le nombre des étudiantes inscrites à ces cours depuis 1945. Une période d'accroissement rapide, qui a duré jusqu'à 1947, a été suivie d'une période de fléchissement général. Depuis 1953, on observe une fois de plus un accroissement rapide. La proportion des inscriptions aux cours universitaires a augmenté quelque peu depuis 1945, mais, pour le cours universitaire post-scolaire, elle ne représente encore que le cinquième du nombre total d'étudiantes.

Exprimé en pourcentage du total des inscriptions aux cours d'infirmières, le nombre des élèves aux cours post-scolaires paraît presque négligeable. C'est seulement depuis 1960 que le pourcentage des inscriptions aux cours post-scolaires du baccalauréat ès sciences dépasse 1 p. 100 du total. Si l'on groupe les inscriptions aux cours du baccalauréat et du certificat, le pourcentage, par rapport au total, reste inférieur à 5 p. 100. Il faut ajouter

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup>Organisation mondiale de la santé, Rapport d'un groupe d'étude sur le cours de base des infirmières, Genève, l'Organisation, 1956.

<sup>&</sup>lt;sup>a</sup>Ce point est traité plus à fond au chapitre 13.

<sup>&</sup>lt;sup>8</sup> Voir chapitre 2, recommandation 131.

à ces étudiantes le nombre encore plus faible des diplômées qui préparent la maîtrise. En 1962, deux universités canadiennes, celles de McGill et de Western Ontario, offraient un cours de maîtrise auquel 24 étudiantes en tout étaient inscrites<sup>1</sup>. Ces universités représentent donc, à l'heure actuelle, la seule source de recrutement du personnel universitaire.

Bien que les grades universitaires du corps professoral aient une influence décisive sur les normes de l'enseignement, c'est par exception, semble-t-il, que dans les écoles d'infirmières des universités, un professeur possède un grade plus élevé que la maîtrise. De fait, 10.3 p. 100 détiennent un certificat ou un grade universitaire, 42.3 p. 100 détiennent le baccalauréat ès sciences et 44.3 p. 100 seulement ont poussé jusqu'à la maîtrise<sup>2</sup>.

TABLEAU 7-25 NOMBRE D'ÉTUDIANTES INSCRITES AUX COURS POST-SCOLAIRES DU BACCALAURÉAT ET DU CERTIFICAT, ET POUR-CENTAGE PAR RAPPORT AU TOTAL DES INSCRIPTIONS DANS LES ÉCOLES D'INFIRMIÈRES, CANADA, 1945-1961

Année	Cou post-scolai		Cours post-scolaire (certificat)	
	Nombre	%	Nombre	%
1945	75	0.62	392	3.23
1946	87	0.68	462	3.59
1947	108	0.84	383	2.96
1948	80	0.60	332	2.50
1949	86	0.61	393	2.78
1950	61	0.40	395	2.67
1951	`65	0.42	379	2.45
1952	59	0.38	423	2.74
1953	79	0.51	450	2.92
1954	97	0.61	495	3.12
1955	111	0.64	534	3.07
1956	109	0.61	561	3.13
1957	130	0.70	631	3.41
1958	162	0.89	660	3.63
1959	183	0.95	671	3.47
1960	244	1.15	787	3.70
1961	235	1.03	879	3.85

Source: Données fournies par l'Association des infirmières du Canada.

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup>H. K. Mussallem, op. cit., chapitre IV.

<sup>\*</sup> Ibid.

# Effectif et formation du personnel infirmier auxiliaire

On peut considérer que la profession d'infirmière s'étend aux quatre autres catégories suivantes: les aides-infirmières, les infirmières psychiatriques, les sages-femmes et les techniciennes de salle d'opération.

Le nombre des aides-infirmières s'est accru rapidement au Canada. surtout depuis dix ans. Entre 1953 et 1962, il est passé de 6,367 à 17,140, soit une augmentation de 169 p. 100, grâce aux 79 cours reconnus de formation offerts dans les dix provinces<sup>1</sup>. Dans chacune des provinces, les autorités compétentes affirment que le niveau d'instruction des recrues dépasse de beaucoup le minimum requis. Apparemment, il serait possible, en offrant quelque encouragement concret à ces jeunes filles, d'en persuader un grand nombre de s'inscrire au cours général d'infirmière, en particulier si la durée de ce cours était réduite à deux ans2.

Dans les quatre provinces de l'Ouest (Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan et Manitoba) il existe des cours scolaires de formation d'infirmières psychiatriques. Des lois provinciales prévoient l'homologation des diplômées de ces cours de trois ans établis pour répondre aux besoins des institutions de maladies mentales. Comme dans le cas des élèves des cours d'aide-infirmière, le degré d'instruction de celles qui s'inscrivent aux cours d'infirmière psychiatrique dépasse en général le niveau minimum. Nous prévoyons la disparition de ces cours<sup>3</sup>.

La technicienne de salle d'opération peut être considérée comme faisant partie de la profession d'infirmière. Cependant, à l'heure actuelle, une seule institution, l'Hôpital général de Winnipeg, assure à ces techniciennes une formation qui peut leur servir ailleurs; quelques hôpitaux forment des techniciennes pour leur propre compte. A l'Hôpital général de Winnipeg, on ne peut accueillir que dix élèves, mais la directrice des soins infirmiers déclare que les besoins de techniciennes sont loin d'être satisfaits4.

Il faudrait encourager les hommes à s'orienter vers cette carrière. Les chirurgiens déplorent la trop grande instabilité de l'équipe de la salle d'opération. Ils réclament des techniciennes permanentes. Si l'on offrait des salaires plus élevés aux hommes, on pourrait les amener à se préparer à la carrière de technicien de salle d'opération<sup>5</sup>.

Deux universités canadiennes forment des sages-femmes. Depuis 1943. l'Université d'Alberta, à Edmonton, offre un cours supérieur pour préparer des infirmières régionales en obstétrique. Le cours, destiné aux infirmières diplômées ou licenciées, dure 21 semaines. L'Université Laval

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> H. K. Mussallem, op. cit., chapitre V.

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> Voir chapitre 2, recommandation 129, et chapitre 13.

H. K. Mussallem, op. cit., chapitre V.

<sup>&</sup>lt;sup>5</sup> Voir chapitre 2, recommandation 139.

a inauguré un cours analogue en septembre 1962<sup>1</sup>. Nous ne prévoyons pas que les sages-femmes soient beaucoup demandées, sauf dans les régions où l'on manque de médecins. La coutume d'accoucher à l'hôpital est trop solidement ancrée pour être déracinée; nous n'en recommandons pas du reste la disparition.

### LE PERSONNEL PARAMÉDICAL

Les diverses spécialités paramédicales jouent maintenant un rôle essentiel dans le domaine des soins de santé; en fait, le médecin moderne ne peut plus s'en passer. Nous nous arrêterons à ces professions dans le volume II de notre rapport. Cependant, les quelques commentaires généraux qui suivent donneront une idée de la croissance des effectifs de ces professions et du rôle qu'elles sont appelées à jouer dans les soins médicaux. Ces professions comprennent le diététicien, le technicien de laboratoire, le technicien de radiologie, le physiothérapeute, l'ergothérapeute, l'archiviste médical, l'assistant socio-médical, et d'autres. Un trait caractéristique des professions paramédicales, c'est qu'elles agissent toujours sur les ordres d'un médecin qui fait appel à leurs connaissance spécialisées. De plus, la tradition et la loi interdisent au personnel paramédical d'usurper les responsabilités du médecin; c'est ce dernier qui décide dans quelle mesure le soin du malade sera confié au personnel paramédical, car c'est là principalement que sont concentrés les moyens techniques, comme l'équipement radiologique, diagnostique et thérapeutique, les laboratoires, le matériel ergothérapeutique et une vaste gamme d'autres installations complexes. C'est à l'hôpital aussi que se trouvent la plupart des malades qu'on soigne à l'aide de ces moyens. Ces spécialités paramédicales doivent donc pour la plupart s'acquérir à l'hôpital.

# Évolution de l'emploi

Comme celui de tous les autres secteurs du personnel de santé employé dans les hôpitaux de toutes catégories, l'effectif paramédical s'est accru rapidement depuis dix ans. Entre 1953 et 1960, le chiffre en est passé de 6,182 à 10,083, soit une augmentation de 63 p. 100<sup>2</sup>. Si nous n'envisageons que les hôpitaux publics, nous constatons que, dans le secteur des activités paramédicales sur lesquelles il existe une statistique, le taux d'accroissement a été encore plus élevé. Le tableau 7-26 révèle que, si l'on prend

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Nous traitons de nouveau au chapitre 13 de la formation du personnel auxiliaire du secteur infirmier.

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> A. Boyd, Les effectifs paramédicaux au Canada, étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964, chapitre 2.

comme point de comparaison l'augmentation en pourcentage intervenue de 1953 à 1960, ces quelques activités paramédicales accusent un rythme de croissance plus rapide que celui de l'ensemble des professions de la santé. Certains groupes paramédicaux font exception, notamment les assistants sociaux, les archivistes médicaux et les diététiciens; dans le cas de ces derniers, leur nombre a fort diminué. Comme ces activités sont exercées surtout par des femmes, l'augmentation en pourcentage de 1953 à 1960 doit être comparée avec l'accroissement correspondant des praticiennes employées. Bien que l'augmentation de l'ensemble du groupe paramédical soit inférieure à celle des praticiennes, elle est beaucoup plus forte chez les techniciens de laboratoire, les techniciens de radiologie, les physiothérapeutes et les ergothérapeutes. Le rapport population/personnel est un autre indicateur de la croissance de ces catégories de personnel. Comme l'indique le tableau 7-26, le rapport s'est amélioré dans le cas de toutes les catégories, sauf dans celles des diététiciens et des archivistes médicaux.

D'après le tableau 7-26, la population du Canada a augmenté de 20.4 p. 100 entre 1953 et 1960. Cependant, le tableau 7-27 montre que, durant la même période, le nombre moyen quotidien de patients s'est accru plus rapidement (38.9 p. 100). Chaque jour, en 1953, on comptait en moyenne 11 patients par employé paramédical; le chiffre a baissé à 9 en 1960, soit une amélioration de 22.2 p. 100.

TABLEAU 7-26 EFFECTIF DE CERTAINES PROFESSIONS DE LA SANTÉ DANS LES HÔPITAUX PUBLICS ET RAPPORT POPULATION/PERSONNEL, CANADA, 1953 ET 1960

Population, profession et emploi	1953	1960	Augmentation procentuelle, 1953–1960
Population du Canada Total de tous les praticiens employés	14,845,000 371,000	17,870,000 578,000	20.4 55.8
Total des praticiennes employées	138,000	244,000	76.8
Certaines professions de la santé			
Diététiciens'	965	727	-24.7
Archivistes médicaux	634	713	12.5
Techniciens de laboratoire	1,774	3,786	113.4
Techniciens de radiologie	1,218	2,467	102.5
Physiothérapeutes	287	676	135.5
Ergothérapeutes	67	138	106.0
Assistants sociaux	197	274	39.1
Тотац	5,142	8,781	70.8

TABLEAU 7-26 EFFECTIF DE CERTAINES PROFESSIONS DE LA SANTÉ DANS LES HÔPITAUX PUBLICS ET RAPPORT POPULATION/PERSONNEL, CANADA, 1953 ET 1960—Fin

	certaines pr	a population à ofessions de anté	
	1953	1960	
Total de tous les praticiens employés	2,499	3,234	
Total des praticiennes employées	929	1,365	
Certaines professions de la santé			
Diététiciens	23,415	24,580	
Archivistes médicaux		25,063	
Techniciens de laboratoire		4,720	
Techniciens de radiologie	12,188	7,244	
Physiothérapeutes	51,725	26,435	
Ergothérapeutes	221,567	129,493	
Assistants sociaux	75,355	65,219	
Total	2,887	2,035	

Source: A. Boyd, Les effectifs paramédicaux au Canada, étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964.

TABLEAU 7-27 MOYENNE QUOTIDIENNE DE MALADES PAR PRATICIEN DE CERTAINES PROFESSIONS DE LA SANTÉ DANS LES HÔPITAUX PUBLICS, CANADA, 1953 ET 1960

	1953	1960	Augmentation procentuelle
Moyenne quotidienne de malades*	57,023	79,181	38.9
Certaines professions de la santé Diététiciens	59 90 32 48 199	109 111 21 32 117	-45.9 -18.1 52.4 50.0 70.1
Ergothérapeutes Assistants sociaux	851 289	574 289	48.3 0.0
Total	11	9	22.2

<sup>\*</sup> Bureau fédéral de la statistique, La Statistique des hôpitaux, vol. 1, Lits hospitaliers, 1960, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1962, tableau 13.

Source: D'après le tableau 7-26.

#### PERSONNEL PARADENTAIRE

Comme le médecin, le dentiste peut compter sur le concours d'auxiliaires. On en compte à l'heure actuelle trois catégories principales: l'hygiéniste dentaire, l'assistant dentaire et le technicien dentaire.

## L'hygiéniste dentaire

Cette profession, où l'on ne trouve que des femmes, exige une formation universitaire. Le premier cours de deux ans en hygiène dentaire a été inauguré en 1951-1952 à l'Université de Toronto. Depuis lors, 89 hygiénistes dentaires ont reçu leur diplôme. Comme l'indique le tableau 7-28, deux autres écoles d'art dentaire, celles de l'Université Dalhousie et de l'Université de l'Alberta, offrent, elles aussi, ce cours de formation; elles ont décerné leurs premiers diplômes au printemps de 1963.

TABLEAU 7-28 NOMBRE RÉEL ET PRÉVU DE DIPLÔMÉES EN HYGIÈNE DENTAIRE, CANADA, 1951-1952 À 1962-1963

Année du diplôme	Dalhousie*	Toronto	Alberta*	Total
Diplômées				
1951–1952	_	_	_	_
952–1953	_	5	_	5
953–1954		6		6
954–1955	_	8	_	8
955–1956		9	_	9
956–1957		8		8
957–1958	_	14		14
958–1959		9	_	9
959–1960		6	!	6
960–1961	_	8	_	8
961–1962		16	_	16
962-1963 (chiffres provisoires)	5	38	19	62
Total	5	127	19	151

<sup>\*</sup> Le cours fut inauguré en 1961-1962.

Trois autres écoles d'art dentaire songent sérieusement à organiser des cours comparables de formation. Les étudiants qui désirent s'y inscrire doivent satisfaire aux conditions d'admission prescrites par l'université. Les matières enseignées s'étendent aux sciences sociales, aux humanités, à l'art oratoire et aux sciences biologiques; elles comprennent aussi des cours de

SOURCE: B. A. McFarlane, Les effectifs dentaires au Canada, étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964, chapitre 6.

clinique et de laboratoire. On peut se demander si une gamme aussi étendue de matières et si un cours d'une durée de deux ans sont vraiment nécessaires à la formation d'une hygiéniste. Nous traiterons ce sujet plus à fond au chapitre 13.

Les fonctions de l'hygiéniste sont définies par la loi, mais le travail qu'elle accomplit effectivement, sous la direction du dentiste, est déterminé dans une large mesure par l'idée que se fait son employeur du rôle des hygiénistes en général dans la pratique de l'art dentaire, et par les exigences des patients. Les fonctions propres à l'hygiéniste se répartissent en quatre catégories:

- (i) service professionnel clinique;
- (ii) service technique et mécanique;
- (iii) travail de bureau et d'administration;
- (iv) fonctions éducatives1.

La loi provinciale qui régit l'activité professionnelle de l'hygiéniste donne une définition du service professionnel clinique. Il comprend la prophylaxie dentaire: nettoyage et polissage des dents du patient, application de fluorures topiques et «prélèvement d'empreintes de la bouche en vue de la fabrication de dentiers»<sup>2</sup>. Les fonctions technico-mécaniques comprennent la prise et le montage des radiographies dentaires, l'obturation et le modelage des ponts et l'exécution de petits ajustements aux appareils de prothèse<sup>3</sup>. Le travail de bureau et d'administration comprend les opérations qui assurent à l'exercice de l'art dentaire une plus grande efficacité sur le plan administratif. Les fonctions éducatives consistent à éclairer les patients et le grand public sur le soin des dents. Le nombre des diplômées des douze dernières années indique que peu de dentistes ont recours à cette forme de service auxiliaire<sup>4</sup>.

#### Assistance dentaire

Bien que peu de dentistes aient recours aux hygiénistes dentaires, nombreux sont ceux qui emploient des assistantes dentaires. En 1962, elles étaient au nombre d'environ 4,700 à plein temps et 300 à temps partiel. Ces assistantes se divisent en deux catégories: la secrétaire-réceptionniste et l'assistante opératoire. La plupart n'ont pas reçu de formation scolaire spéciale, mais elles ont fait leur apprentissage sur place. Les autres ont reçu une certaine formation scolaire comme assistantes dentaires, hygiénistes dentaires ou infirmières licenciées<sup>5</sup>.

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> B. A. McFarlane, op. cit., chapitre 6.

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> W. J. Dunn, Manpower in Dentistry—The Dental Hygienist, dans Journal de l'Association dentaire canadienne, vol. 27, janvier 1961, p. 19.

<sup>&</sup>lt;sup>3</sup> B. A. McFarlane. op. cit., chapitre 6.
<sup>4</sup> Nous traitons au chapitre 13 de l'effectif futur d'auxiliaires dentaires.

<sup>&</sup>lt;sup>5</sup> B. A. McFarlane, op. cit., chapitre 6.

#### Technicien dentaire

Le technicien dentaire exécute « . . . certaines opérations techniques extra-buccales intéressant la fabrication de prothèses et d'appareils d'après les prescriptions écrites du dentiste». Comme certaines fonctions techniques sont ainsi dissociées du rôle professionnel du dentiste, des difficultés ont surgi au sujet du contrôle qu'il exerce sur le technicien. Dans certaines provinces, les techniciens dentaires ont tenté de traiter directement avec le public au lieu de passer par les dentistes, mais c'est seulement en Alberta qu'on leur a reconnu ce droit. La plupart des techniciens formés au Canada ont appris leur métier sur place auprès d'un technicien en activité. Certaines associations provinciales ont organisé des cours à temps partiel et des cours du soir pour la formation de techniciens dentaires.

## Emploi du personnel paradentaire

Il est incontestable que le recours à des auxiliaires peut accroître sensiblement la productivité des dentistes. Le tableau 7-29 montre qu'il existe un rapport direct entre le nombre des auxiliaires paradentaires et celui des patients et des consultations.

TABLEAU 7-29 NOMBRE MOYEN DE CLIENTS ET DE CONSULTATIONS PAR RAPPORT AU NOMBRE D'EMPLOYÉS, ÉTATS-UNIS, 1962

Nombre	d'employés	Nombre moyen	Nombre moyen de
Plein temps	Temps partiel	de clients	consultations
0	0	742	2,272
0	1	710	2,376
0	2	1,095	2,742
1	0	1,166	3,014
1	1 1	1,242	3,182
1	2	1,404	3,237
2	0	1,530	3,174
2	1 1	1,607	4,005
3	0	1,931	3,929

Source: B. A. McFarlane, Les effectifs dentaires au Canada, étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964, chapitre 6.

Des enquêtes menées par l'Association dentaire du Canada ont révélé que le revenu moyen net est lié au nombre des fauteuils dentaires et à l'emploi d'assistants. D'après le tableau 7-30, cependant, il existe une combinaison idéale. Le revenu moyen net le plus élevé est celui des dentistes qui

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup>B. Duane Moen, «Survey of Present and Future Needs for Dental Manpower», dans Proceedings of the Workshop on the Future Requirements of Dental Manpower and the Training and Utilization of Auxiliary Personnel, Université de Michigan (The Michigan Study), W. K. Kellogg Foundation Institute, 1962, p. 148.

ont trois fauteuils et deux assistantes dont l'une est assistante opératoire, et l'autre secrétaire-réceptionniste. Le revenu net du dentiste ainsi assisté s'établit à environ 50 p. 100 du revenu brut<sup>1</sup>.

TABLEAU 7-30 REVENU MOYEN DES DENTISTES, CANADA, 1958— NOMBRE DE FAUTEUILS ET D'EMPLOYÉS

1 fauteuil, pas d'employé	\$ 10,165 16,978 18,388	\$ 3,929	\$ 5,917	%
1 fauteuil, 1 secrétaire ou réceptionniste	16,978		5,917	
1 fauteuil, 1 secrétaire ou réceptionniste		7 276		58.2
1 fauteuil, 1 assistante	18.388	7,276	9,586	56.5
2 fauteuils, pas d'employé	20,500	7,944	9,933	54.0
	13,909	5,519	7,186	51.7
	. 22,728	10,085	11,782	51.8
2 fauteuils, 1 assistante	23,163	9,938	11,910	51.4
2 fauteuils, 1 assistante et 1 secrétaire ou ré-				
ceptionniste	26,717	12,075	13,514	50.6
2 fauteuils, 2 assistantes	27,535	12,230	15,231	55.3
2 fauteuils, 1 technicienne et 1 ou 2: assistantes,				
secrétaires ou réceptionnistes	26,621	11,295	14,996	56.3
2 fauteuils, 1 hygiéniste et 1 ou 2: assistantes,				
secrétaires ou réceptionnistes	29,086	13,670	15,415	53.0
3 fauteuils, 1 assistante	28,485	12,622	15,003	52.7
3 fauteuils, 2: assistantes, secrétaires ou ré-				
ceptionnistes	31,492	14,323	15,768	50.1
3 fauteuils, 1 hygiéniste et 1 ou 2: assistantes,				1
secrétaires ou réceptionnistes	27,223	13,262	13,960	51.3
4 fauteuils, 1 ou plusieurs employés non den- tistes.	40,876	28,975	11,907	29.1
4 fauteuils, 1 dentiste et 1 ou plusieurs autres	,	1	'	
employés	_	_	_	<u> </u>

Source: B. A. MacFarlane, Les effectifs dentaires au Canada, étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964, chapitre 6.

#### Auxiliaires dentaires

En Nouvelle-Zélande, un programme destiné à assurer des services dentaires aux enfants a fait appel à l'infirmière de l'école dentaire pour accroître le nombre de services dentaires. Ces infirmières dentaires sont formées et employées par le ministère de la Santé, de qui relèvent les cliniques dentaires des écoles. Comme le programme a été couronné de succès, nous croyons qu'il peut être utile d'en mentionner quelques caractéristiques.

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup>B. A. McFarlane, op. cit., chapitre 6.

On recrute, pour un cours de deux ans, des jeunes filles âgées de plus de 17 ans qui détiennent le certificat scolaire (lequel n'est pas l'équivalent du certificat d'admission à l'université). Le cours comprend 1,608 heures, dont 824 pendant la première année et 784 l'année suivante. En première année, l'enseignement occupe 36 p. 100 du temps et le travail en laboratoire, 64 p. 100. L'année suivante, une part de 11 p. 100 du temps est consacrée à des leçons et le reste (89 p. 100) à la théorie et à la pratique cliniques. Quand elle a terminé le cours avec succès, l'infirmière dentaire de l'école peut, sous la direction d'un dentiste, pratiquer «les examens, la prophylaxie, les plombages, les extractions, le traitement des gencives et l'enseignement de l'hygiène dentaire dans le cas des écoliers du cours élémentaire»1.

Un programme comparable en est à l'étape expérimentale au Royaume-Uni; « . . . mis en œuvre par le General Dental Council aux termes des dispositions de la Loi de 1957 sur les dentistes, il a pour but de déterminer la contribution de ces auxiliaires»<sup>2</sup>. Ceux-ci assument des fonctions analogues à celles de l'infirmière dentaire de l'école en Nouvelle-Zélande.

- 3. Sous réserve des dispositions des présents règlements, l'auxiliaire dentaire est autorisé à exécuter, sous les formes suivantes, des actes assimilables à l'exercice de l'art dentaire:
  - a) extraction de dents de lait sous anesthésie locale par infiltration;

b) simples plombages dentaires;

c) nettoyage et polissage des dents;

d) décapage des dents (enlèvement des tartres, dépôts, résidus organiques et taches sur les parties de la surface des dents qui sont exposées ou se trouvent directement au-dessous des rebords libres des gencives, y compris l'application de médicaments appropriés);

e) application sur les dents de solutions de fluorure de sodium et de fluorure stanneux ou d'autres solutions prophylactiques ana-logues que le Conseil peut à l'occasion désigner;

f) aux termes du paragraphe (1) de l'article 33 de la Loi de 1957 sur les dentistes, donner les conseils qui peuvent être nécessaires à l'exécution appropriée des actes dentaires mentionnés dans le présent règlement, ou des avis concernant des questions relatives à l'hygiène de la bouche;

mais il n'est pas autorisé à exécuter des travaux assimilables à l'exercice de l'art dentaire sous n'importe quelle autre forme.

- 4. L'auxiliaire dentaire n'est pas autorisé à exécuter des travaux assimilables à l'exercice de l'art dentaire, sauf
  - a) dans le cadre des programmes de santé relevant des autorités nationales ou locales:

b) sous la direction d'un dentiste immatriculé:

c) après que le dentiste immatriculé a examiné le sujet et a indiqué à l'auxiliaire le traitement déterminé qu'il doit administrer<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> J. T. Fulton, Expérimentation en matière de soins dentaires, série de monographies, Genève, Organisation mondiale de la santé, 1951.

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> Grande-Bretagne, The Health of the School Child, rapport du médecin en chef du ministère de l'Instruction publique pour les années 1960 et 1961. Londres. H.M.S.O., 1962.

<sup>&</sup>lt;sup>8</sup> Grande-Bretagne, Statutory Instruments 1961 No. 1365, The Dental Auxiliary Regulations, 1961, 5 et 6 Elisabeth, 2. c. 28.

Les deux programmes, dont l'un en est encore au stage de l'expérimentation, attestent qu'il est possible de recruter un personnel auxiliaire et de le préparer à l'accomplissement de bon nombre des fonctions les moins spécialisées du dentiste<sup>1</sup>.

#### LA PROFESSION DE PHARMACIEN

En Amérique du Nord, le pharmacien exerce traditionnellement sa profession dans un établissement de détail où il remplit les ordonnances. Il existe une différence notable entre le détaillant autonome et le pharmacien qui exerce sa profession en qualité d'employé d'un réseau de pharmacies, d'un hôpital, d'un fabricant de médicaments, d'une université ou d'un gouvernement.

TABLEAU 7-31 POURCENTAGE DES ÉTUDIANTS PRÉ-DIPLÔMÉS EN PHARMACIE PAR RAPPORT À L'ENSEMBLE DES ÉTUDIANTS PRÉ-DIPLÔMÉS DE TOUS LES COLLÈGES ET DE TOUTES LES UNIVERSITÉS DU CANADA, 1947-1948 À 1961-1962

Année scolaire	Total des étudiants en pharmacie	Total des étudiants au Canada	Pourcentage
1947-1948	1,271	76,896	1.65 1.67
1948-1949*1949-1950	1,111 1,432	66,679 62,846	2.28
1950-1951	1,383	59,160	2.34
1951-1952		57,301	2.36
1952-1953	1,367	56,589	2.42
1953-1954	1,256	57,961	2.17
1954-1955	1,212	62,291	1.95
1955-1956	1,198	66,177	1.81
1956-1957	1,145	72,629	1.58
1957-1958		80,443	1.37
1958-1959		88,010	1.39
1959-1960		94,928	1.38
1960-1961	1,482	105,911	1.40
1961-1962		121,547	1.26

<sup>\*</sup> A l'exclusion de l'Université de Montréal.

SOURCE: Bureau fédéral de la statistique, Inscriptions d'automne dans les universités et collèges, éditions de 1947 à 1961, Ottawa, Imprimeur de la Reine.

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup>Ce point est discuté plus à fond au chapitre 13.

Ces dernières années, le rapport population/pharmaciens au Canada s'est amélioré légèrement; en 1962, il atteignait 2,026. Les plus importantes sources de recrutement sont les facultés et les écoles de pharmacie des universités canadiennes. Comme l'indique le tableau 7-31, le nombre des étudiants pré-diplômés en pharmacie a fort augmenté de 1947-1948 à 1961-1962, mais l'augmentation ne s'est traduite que par une légère amélioration du rapport population/pharmaciens. L'immigration n'étant pas d'un grand secours, toute amélioration du rapport doit provenir d'un accroissement de l'effectif des étudiants pré-diplômés en pharmacie.

Le tableau 7-32 compare le rapport population/pharmaciens au Canada et dans certains autres pays. La position qu'occupe notre pays se situe à peu près au centre.

Pour déterminer si une amélioration s'impose dans le rapport population/pharmaciens, il faut se demander quelle est, pour ce membre de l'équipe de la santé, la situation de l'offre et de la demande. Nous ferons cette analyse dans le volume II de notre rapport.

TABLEAU 7-32 POPULATION PAR PHARMACIEN, COMPARAISON ENTRE LE CANADA ET CERTAINS AUTRES PAYS, 1959

Pays	Population par pharmacien
République fédérale d'AllemagneÉtats-Unis	1,106 1,470
Nouvelle-Zélande	1,474
Italie	1,603
Belgique	1,729
Danemark	2,218
France	2,379
Angleterre et pays de Galles	2,654
Canada	2,831*
Autriche	3,288
Grèce	3,932
Portugal	4,207
Espagne	4,351
Norvège	4,710
Finlande	5,099
Suède	9,318

<sup>\*</sup> Données de 1961.

Source: Chiffres tirés de données de l'Organisation mondiale de la santé, Annual Epidemiological and Vital Statistics, 1959, Genève, l'Organisation, 1962, pp. 654-659, et de l'Annuaire démographique, 1960, New-York, Nations Unies, 1961.

# L'OPTOMÉTRISTE

L'optométriste mesure l'acuité visuelle d'après des normes établies; il détermine comment les défauts de la vue peuvent être corrigés et il fournit les lunettes appropriées. De son côté, cependant, l'ophtalmologiste médicalement qualifié soutient que c'est le médecin qui doit procéder aux examens de la vue, parce que beaucoup de symptômes de maladies graves peuvent être dépistés par ces examens et que l'optométriste n'est pas compétent pour les diagnostiquer. D'autre part, les optométristes répondent qu'il leur arrive souvent de dépister des maladies et qu'ils renvoient l'intéressé à l'oculiste. Ce débat entre médecins et optométristes se continue.

Le soin des yeux étant d'importance capitale pour la santé de notre population, il importe de trouver des solutions aux problèmes auxquels nous nous heurtons. Nous avons formulé des recommandations à cette fin au chapitre 21. Pour le moment, notre tâche consiste à déterminer la nature et

l'étendue des services optométriques au Canada.

Une brève revue de la documentation portant sur la fréquence des affections oculaires et sur les maladies manifestées par les yeux révèle que ces affections touchent moins de 5 p. 100 de la population<sup>2</sup>. Mais la proportion de ceux qui ont besoin de soins oculaires à cause soit d'une affection soit d'un défaut de la vue, est beaucoup plus élevée. L'Association des optométristes du Canada estime que 8.8 millions parmi les 17 millions de Canadiens, soit 51.7 p. 100, avaient besoin de soins aux yeux en 1960. Selon l'Association, les optométristes ont diagnostiqué des vices de réfraction chez 8.3 p. 100 de la population canadienne en 19603. Cette proportion est sensiblement plus élevée que celle de 3.3 p. 100 relevée par l'Enquête de 1951 sur la maladie au Canada. Sur les 8.3 p. 100, 88 p. 100 ont dû se procurer des lunettes.

of Hygiene, 1930, vol. II, pp. 73-94.

Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, et Bureau fédéral de la statistique, La maladie et les soins de santé au Canada, Enquête sur la morbidité au Canada 1950-1951, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1960, tableau 3, p. 100.

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Voir recommandation 91. <sup>2</sup> E. Sydenstricker et R. H. Britten, The Physical Impairments of Adult Life, Résultats généraux d'une étude statistique menée depuis 1921 par la Life Extension Institute, auprès de 100,924 hommes de race blanche détenteurs de polices d'assurance-vie. American Journal

<sup>1930-1931,</sup> Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1960, tableau 3, p. 100.

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

M. H. Levine, M. D. Smith et J. S. Kitching, Study of Vision Testing Procedures; Delta Secondary School, 1951-1952, (Canada, Public Health Research Project 605-7-4), ministère de la Santé, division des services scolaires de santé, Hamilton, Ontario, 1952 (étude inédite). The Association of Optical Practitioners, A statistical survey of 56,122 case records of employees in Royal Ordnance Factories examined by Onthelmia Opticione. 1943-46 records of employees in Royal Ordnance Factories examined by Ophthalmic Opticians, 1943-46, Londres, The Association, 1947.

G. F. Kintner, Optometry's Role in Health Maintenance—A Study of Referrals, dans American Journal of Public Health, livraison de novembre 1961, vol. 51, pp. 1688-1693.

I. Baker, A Statistical Study of Optometric Patents, dans Canadian Journal of Optometry, livraison de décembre 1961, vol. 23, pp. 81-86.

<sup>&</sup>lt;sup>8</sup> L'Association canadienne des optométristes, mémoire présenté à la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Toronto, mai 1962.

TABLEAU 7-33 NOMBRE D'OPTOMÉTRISTES IMMATRICULÉS EN ACTIVITÉ AU CANADA, PAR PROVINCE, 1951 ET 1961

		An	Année		>	Variation procentuelle	rocentuel	<u>e</u>	Pop	lation pa	Population par optométriste	riste
Province	1931	1941	1951	1961	1931-	1931- 1941	1941-	1951- 1961	1631	1941	1921	1961
Terre-Neuve	1	1	9	9		1	!				60,236	76,308
lle-du-Prince-Edouard	ı	l	ı	1	l	ı	I	ı	l	ı	ı	1
Nouvelle-Écosse	8	65	45	38	-36.7	-8.3	-30.8	-15.6	8,547	8,891	14,279	19,394
Nouveau-Brunswick	39	42	49	4	+12.8	+7.7	+16.7	-10.2	10,467	10,890	10,524	13,589
Québec.	230	262	306	420	+82.6	+13.9	+16.8	+37.3	12,498	12,717	13,253	12,521
Ontario	625	646	999	533	-14.7	+3.4	+2.9	-19.9	5,490	5,863	6,913	11,699
Manitoba	34	51	57	9	+76.5	+50.0	+11.8	+5.3	20,592	14,308	13,623	15,361
Saskatchewan	53	52	63	02	+32.1	-1.9	+21.2	+11.1	17,392	17,230	13,202	13,216
Alberta	91	102	108	112	+23.1	+12.1	+5.9	+3.7	8,039	7,805	8,699	11,892
Colombie-Britannique.	108	101	139	141	+30.6	-6.5	+37.6	+1.4	6,428	8,097	8,382	11,553
TOTAL	1,240	1,321	1,438	1,424	+14.8	+6.5	+8.9	-1.0	8,368	8,711	9,742	12,807

Source: Données fournies par l'Association canadienne des optométristes.

Pour exercer la profession d'optométriste au Canada, il faut être diplômé d'un institut accrédité et avoir satisfait aux normes d'examen d'un Bureau provincial d'examinateurs en optométrie. Les institutions accréditées comprennent les deux écoles canadiennes d'optométrie (le Collège d'optométrie de l'Ontario et l'École d'optométrie de l'Université de Montréal) et un certain nombre d'institutions semblables des États-Unis dont certaines sont affiliées à des écoles ou à des départements d'universités<sup>1</sup>.

Le nombre d'optométristes immatriculés en activité figure au tableau 7-31. Bien que la population ait augmenté de plus de 75 p. 100 entre 1931 et 1961, le nombre des optométristes s'est accru seulement de 184, soit de 14.8 p. 100. En conséquence, le rapport population/optométriste est passé de 8,368 à 12,807.

# L'EFFECTIF ACTUEL DU PERSONNEL DE LA SANTÉ

# Le personnel de la santé au Canada

Dans le présent chapitre, nous avons donné un bref aperçu des variations intervenues dans le passé et se produisant aujourd'hui dans l'effectif des diverses catégories du personnel de la santé; nous avons indiqué les sources de l'effectif actuel et des nouvelles recrues, les modalités des programmes de formation, l'organisation de l'exercice des diverses professions et la place propre au personnel paramédical et paradentaire. Au chapitre 13, nous examinerons nos besoins futurs et nous analyserons les problèmes concernant la satisfaction de ces besoins.

L'effectif du personnel de la santé s'est fort accru au Canada, comme le montre le tableau 7-34 qui réunit les renseignements disponibles au sujet de l'effectif des médecins, des dentistes, des infirmières et des pharmaciens. Le rapport population/personnel, par contre, s'est amélioré beaucoup moins rapidement dans chaque cas. Malgré le nombre important de médecins venus de l'étranger dans les années 1950, le rapport population/médecins n'a pas beaucoup baissé en comparaison du niveau des premières années du siècle, tandis que le rapport population/dentistes a augmenté. Le rapport population/infirmières s'est amélioré, mais il faut tenir compte, par ailleurs, des responsabilités accrues des infirmières par suite de l'expansion des soins hospitaliers.

# Comparaisons internationales

Nous avons aussi présenté une comparaison de l'effectif du personnel de la santé de différents pays fondée sur le rapport de la population aux médecins, aux dentistes, aux infirmières et aux pharmaciens. Nous avons

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Ibid.

TABLEAU 7-34 POPULATION PAR MÉDECIN, DENTISTE, INFIRMIÈRE ET PHARMACIEN, CANADA, CERTAINES ANNÉES, 1901-1961

	Méd	decins	Den	tistes	Infir	mières	Pharn	naciens
Année	Nombre	Rapport popula- tion / médecins	Nombre	Rapport popula- tion/ dentistes	Nombre	Rapport popula- tion / infirmières	Nombre	Rapport popula- tion/ phar- maciens
1901	5,475	972	1,310	4,100	_		l _ i	****
1911	7,411	970	2,183	3,301	-		_	
1921	8,706	1,008	3,158	2,783	[ _ i			_
1931	10,020	1,034	4,039	2,569	_		_	_
1941	11,873	928	4,210	2,733	21,171	544	l — i	
1946			4,565	2,644	ii	_	_	
1951	14,325	976	4,912	2,791	35,129	399		
1956	17,871	928	5,416	2,898	_		_	
1961	21,290	857	5,865	3,108*	61,699	296	8,877	2,055

<sup>\*</sup> Voir tableau 7-11.

Source: Tableaux 7-1, 7-11 et 7-15; B. A. McFarlane, Les effectifs dentaires au Canada, étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964, tableau 2-1; Association canadienne des pharmaciens, mémoire présenté à la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Toronto, mai 1962, tableau I.

réuni les données en cause au tableau 7-35 qui indique en gros la situation internationale du Canada en ce qui concerne la prestation de services de santé<sup>1</sup>.

La statistique ne dit pas tout, cependant. En effet, pour établir une comparaison internationale globale plus complète, il faudrait analyser beaucoup d'autres facteurs d'ordre géographique, économique, social et institutionnel (par exemple, densité de la population, efficacité des moyens de transport et de communication, topographie du pays, etc.). En outre, le rapport plus faible dans le cas d'un secteur de services de santé peut être désaxé dans une certaine mesure par le rapport plus élevé qu'accuse un autre secteur. Ainsi, par exemple, le nombre de personnes par médecin au Canada (920) semble moins favorable qu'aux États-Unis (790)<sup>2</sup>. Cependant, le Canada est plus favorisé que les États-Unis en ce qui concerne le nombre

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup>Les données se fondent sur les rapports des divers organismes nationaux concernés. On s'est efforcé d'obtenir des données de nature identique, mais il se peut que les différences que comportent les rapports tiennent aux concepts différents plutôt qu'à des différences réelles (e.g., inclusion d'effectifs qualifiés, mais ne pratiquant pas ou occupant un poste d'administration). Voilà pourquoi les chiffres réunis dans le cours normal des choses par les organismes internationaux donnent un aperçu général satisfaisant, mais il faut s'assurer de la parfaite similitude des concepts de base et des pratiques statistiques avant d'interpréter les chiffres, surtout s'il s'agit de légères différences.

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> Il faut noter que les chiffres du tableau 7-35 portent sur l'année 1959; le rapport de la population aux médecins, aux dentistes et aux infirmières s'est amélioré depuis au Canada.

de personnes par infirmière (255 contre 294) et le nombre de personnes par lit d'hôpital<sup>1</sup>).

Compte tenu de ces réserves, parmi les 20 pays dont les rapports population/personnel sont présentés au tableau 7-35, le Canada s'inscrit dans le tiers inférieur quant aux médecins (13°) et aux dentistes (14°), dans le tiers moyen quant aux pharmaciens (9°) et dans le tiers supérieur quant aux infirmières (5°). Fait particulièrement intéressant, d'autre part, le Canada est en avance quant au rapport population/médecins (920) sur des pays qui sont dotés d'un régime complet d'assurance-médicale appuyé par l'État, comme la France (950), le Royaume-Uni (960)² et la Suède (1,100). Il ressort de ces chiffres qu'un pays, comme nous l'avons déjà indiqué³, n'a pas à attendre d'avoir comblé toutes les pénuries du personnel de la santé pour établir un régime complet de services de santé.

TABLEAU 7-35 COMPARAISON INTERNATIONALE, POPULATION PAR MÉDECIN, DENTISTE, INFIRMIÈRE ET PHARMACIEN AU CANADA ET DANS CERTAINS PAYS, 1959

7		Populat	ion par	
Pays	Médecin	Dentiste	Infirmière	Pharmacien
Australie Autriche Belgique Canada Danemark Angleterre et pays de Galles Finlande	860 620 800 920 830 960 1,600	2,429 1,762 6,784 3,032 2,006 3,947 2,522	255 277 471 278	3,288 1,729 2,831† 2,218 2,654 5,099
France		3,006 566 2,550	536 136 1,207	2,376 1,106 3,932
ItalieLuxembourg	910	* 4,294	952 * 815	1,603 —* —*
Nouvelle-Zélande. Norvège. Portugal	700 900	2,209 1,528 74,205	215 366 2,799	1,474 4,710 4,207
Espagne	1,000 1,100 740	2,915 1,497 2,413 1,919	122 249 294	4,351 9,318 * 1,470

<sup>\*</sup> Chiffre inconnu.

Source: Tableaux 7-3, 7-10, 7-16 et 7-32.

<sup>†</sup> Chiffre de 1961.

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup>90 contre 110 en 1959. Voir tableau 5-5.

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> Il s'agit de l'Angleterre et du pays de Galles.

<sup>&</sup>lt;sup>3</sup> Voir aussi chapitre 1.

# Installations et services de santé

L'hôpital est un élément important du complexe des services de santé. Dans le présent chapitre, nous traçons l'essor de ces institutions—hôpitaux généraux et spéciaux divers, institutions de maladies mentales et sanatoriums de tuberculeux—en fonction des lits et de l'utilisation qu'on en fait. Y sont aussi décrits les progrès passés et présents de l'organisation des installations d'hygiène mentale et examinés les effets des tendances actuelles sur la demande d'installations pour les tuberculeux.

On y étudie deux autres éléments importants du complexe des services de santé: les divers services de santé de l'État et les services de santé privés, sur lesquels s'appuient les programmes d'hygiène de la communauté. Nous exposons aussi les services dispensés à des groupes particuliers, comme les forces armées, les anciens combattants, les Indiens et les Esquimaux, et aussi les problèmes que présente la fourniture de services de santé suffisants dans les régions éloignées.

L'apparition des méthodes modernes de diagnostic et de traitement a donné plus d'importance aux aspects cliniques des soins hospitaliers, de sorte que, à notre époque, l'accès à l'installation et aux services de l'hôpital moderne est indispensable pour que la pratique générale soit de haute qualité. Il a existé en même temps une tendance parallèle à faire de l'hôpital le domaine du spécialiste. Il n'existe point au Canada de distinction rigide entre les fonctions du généraliste et celles du spécialiste en ce qui concerne les services hospitaliers, comme il en existe une sous le régime du Service national d'hygiène au Royaume-Uni, mais les hôpitaux ont nettement tendance à contrôler la qualité du travail et la formation professionnelle de leurs employés et de leurs médecins. De toute évidence, bien des hôpitaux exigent l'accréditation d'un praticien dans la spécialité pertinente avant de l'admettre à traiter son malade dans leurs services; au sein du personnel accrédité dans les hôpitaux, des vérifications internes visent à contrôler la qualité du travail. Vu que, de plus en plus, les hôpitaux exigent des certificats de spécialiste, des médecins en nombre toujours plus grand paraissent d'avis que le cabinet de groupe où sont conjuguées les compétences du médecin ordinaire et des spécialistes, est le cadre qui convient le mieux pour assurer au malade les soins les meilleurs et une certaine continuité des soins entre le foyer et l'hôpital.

## **HÔPITAUX**

Ce qui précède fait ressortir le lien qui existe entre le médecin qui exerce dans la localité, et l'hôpital. Il y a lieu de penser que le rapport entre l'ensemble des lits d'hôpital et les services médicaux est à l'inverse. Ainsi, l'Ontario, où le rapport population/médecins est relativement élevé, compte moins de lits d'hôpital pour 1,000 habitants que la Saskatchewan, où le rapport est faible. Cet exemple montre que les données nationales ne font peut-être pas voir toute la gamme des services médicaux dont bénéficie la population. La situation varie selon les différences que présentent le niveau provincial des revenus, la topographie régionale, et le nombre et la répartition de la population.

Le tableau 8-1 montre qu'à la fin de 1960, le nombre total de lits d'hôpital était d'environ 192,000, soit 10.8 pour 1,000 habitants. Le rapport général population/lits s'est élevé de 10.9 pour 1,000 habitants en 1948 à 11.6 en 1956, mais il a baissé à 11.2 en 1958 et à 10.8 en 1960<sup>1</sup>. Presque tout le fléchissement est attribuable à la stabilisation du nombre de lits dans les hôpitaux de maladies mentales et à une forte diminution du nombre de lits dans les sanatoriums de tuberculeux.

Les sanatoriums de tuberculeux sont maintenant, de façon générale, plus que suffisants pour satisfaire aux besoins courants. Il y a eu un très fort accroissement du nombre des lits dans les hôpitaux généraux et les hôpitaux spéciaux divers affectés au traitement des maladies aiguës. On constate encore des insuffisances dans le cas des installations pour les malades chroniques et pour les convalescents et dans celui des soins psychiatriques et de la médecine physique.

# Hôpitaux généraux et spéciaux divers

On a construit surtout de grands hôpitaux urbains qui répondent pour une plus grande proportion des nouveaux lits. Ainsi, parmi les hôpitaux généraux publics, les institutions ayant 500 lits ou plus comptaient 26 p. 100 de tous les lits d'adulte et d'enfant et berceaux en 1948 et 29 p. 100 en 1960, alors que la proportion des hôpitaux de moins de 100 lits a baissé de 29 à 22 p. 100. Par contre, la part des hôpitaux de 200 lits et plus est montée de 54 p. 100 en 1948 à 58 p. 100 en 1960.

Les lits dans les hôpitaux généraux et les hôpitaux spéciaux divers peuvent être classés d'après les grandes catégories de malades qui y sont soignés. Les hôpitaux de maladies aiguës assurent le traitement surtout de

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup>La répartition des lits en 1960, indiquée au tableau 8-1, se fonde sur la répartition des hôpitaux. C'est ainsi que les lits dressés dans les hôpitaux pour tuberculeux mais utilisés pour le traitement des malades chroniques ou des maladies mentales figurent comme lits de tuberculeux. Au tableau 14-5, le nombre approximatif de lits en 1961 est réparti selon leur utilisation. C'est ainsi que les lits des hôpitaux pour tuberculeux ne comprennent que les lits affectés aux tuberculeux. Les lits affectés aux maladies chroniques ou aux maladies mentales sont compris dans les lits des hôpitaux généraux et des hôpitaux spéciaux divers.

TABLEAU 8-1 LITS DRESSÉS, NOMBRE APPROXIMATIF TOTAL ET POUR 1,000 HABITANTS, PAR CATÉGORIES D'HÔPITAUX\*, CANADA, 1948-1960, ET PAR PROVINCES, 1960

Année	Hôpit généra et hôpi spécia diver	aux taux iux	Hôpit de mala menta	adies	Sanator de tubercu		Tous hôpita	
Allico	Nombre total de lits	Par 1,000 habi- tants	Nombre total de lits	Par 1,000 habi- tants	Nombre total de lits	Par 1,000 habi- tants	Nombre total de lits	Par 1,000 habi- tants
1948 1949 1950 1951	75,582 81,482 84,630 87,172	5.9 6.1 6.2 6.2	51,050 52,663 53,957 55,395	4.0 3.9 3.9 4.0	12,642 14,058 15,766 16,450	1.0 1.0 1.1 1.2	139,274 148,203 154,353 159,017	10.9 11.0 11.3 11.4
1952	87,460 92,861 97,585 101,116	6.0 6.3 6.4 6.4	57,621 60,887 62,606 64,163	4.0 4.1 4.1 4.1	16,586 16,783 15,967 15,616	16,783 1.1 15,967 1.0 15,616 1.0		11.2 11.5 11.5 11.5
1956	106,216 107,115 109,504 107,918	6.6 6.4 6.4 6.2	65,260 65,786 67,190 66,724	4.1 4.0 3.9 3.8	15,333 14,662 13,760 12,770	1.0 0.9 0.8 0.7	186,809 187,563 190,454 187,412	11.6 11.3 11.2 10.7
1960 – CANADA	112,649	6.3	67,895	3.9	11,618	0.6	192,162	10.8
Terre-Neuve Île-du-Prince-Édouard Nouvelle-Écosse Nouveau-Brunswick Québec Ontario Manitoba Saskatchewan Alberta Colombie-Britannique Yukon Territoires du NO	1,964 649 4,003 3,593 29,369 38,756 6,588 7,483 9,390 10,289 157 408	4.4 6.3 5.5 6.1 5.7 6.3 7.3 8.2 7.3 6.4 11.2	913 298 2,356 1,864 19,648 23,458 3,848 4,366 4,871 6,273	2.0 2.9 3.2 3.8 4.2 4.8 3.9	548 90 510 612 3,477 2,824 717 662 1,083 887	1.2 0.9 0.7 1.0 0.7 0.5 0.8 0.7 0.8 0.6 	3,425 1,037 6,869 6,069 52,494 65,038 11,153 12,511 15,344 17,449 157	7.6 10.1 9.4 10.3 10.2 10.6 12.3 13.7 11.9 10.9 11.2 28.0

† Adapté de la publication du Bureau fédéral de la statistique intitulée Institutions de maladies mentales, 1948-1952, Ottawa, Imprimeur de la Reine, d'après le nombre de malades dans les hôpitaux de maladies mentales à la fin de chaque année, et de la publication intitulée La statistique de l'hygiène mentale, 1953-1960, Ottawa, Imprimeur de la Reine, d'après la moyenne quotidienne des hospitalisés pour chaque année. La province de Terre-Neuve y est comprise à partir de 1949.

\*\*Adapté de la publication du Bureau fédéral de la statistique intitulée Institution pour tuberculeux, 1948-1952, Ottawa, Imprimeur de la Reine, et de la publication intitulée Statistique de la tuberculose, 1953-1960, Ottawa, Imprimeur de la Reine. La province de Terre-Neuve y est comprise à partir de 1949

comprise à partir de 1949.

Source: Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Utilisation de l'hôpital au Canada, Ottawa, 1962.

<sup>\*</sup> Hôpitaux publics, privés et fédéraux et chiffres approximatifs pour les hôpitaux non répondants à partir de 1952. Ne sont pas compris les berceaux.

† Comprend, de 1948 à 1958, les hôpitaux publics, privés et fédéraux; données empruntées aux Rapports annuels sur les hôpitaux, 1948-1952, du Bureau fédéral de la statistique, Ottawa, Imprimeur de la Reine, et de La statistique des hôpitaux, 1953-1958, vol. I, Ottawa, Imprimeur de la Reine. Comprend, de 1959 à 1960, les hôpitaux dont le budget est contrôlé, les hôpitaux conventionnés et les hôpitaux fédéraux, d'après la liste de ces hôpitaux au moment de l'adhésion au programme d'assurance-hospitalisation, liste fournie par les provinces et les territoires qui n'y ont pas particiné durant une année ou durant les deux années en cause, les données étant empruntées ont pas participé durant une année ou durant les deux années en cause, les données étant empruntées aux rapports annuels des hôpitaux et dressées par la Division de la recherche et de la statistique. Comprend, pour 1952 à 1958, le nombre approximatif de lits des hôpitaux non répondants ainsi qu'il suit: 1952—2,466 lits; 1953—5,145 lits; 1954—6,658 lits; 1955—2,863 lits; 1956—2,910 lits; 1957—2,304 lits; 1958—2,679 lits. Comprend aussi le nombre approximatif de lits dressés dans les hôpitaux de Terre-Neuve, de 1949 à 1952, ainsi qu'il suit: 1949—1,536 lits; 1950—1,608 lits; 1951—1,679 lits; 1952—1,751 lits. En 1958, on a soustrait 3,195 lits du Québec qui n'étaient pas considérés comme des lits d'hôpitaux.

malades dont les affections sont de courte durée; ces hôpitaux comprennent les hôpitaux généraux ainsi que les hôpitaux ou les services spéciaux pour la maternité, les maladies infectieuses, la pédiatrie, l'orthopédie, la psychiatrie et d'autres maladies aiguës. Les hôpitaux de maladies chroniques assurent des soins spéciaux sous surveillance médicale pour les malades atteints d'affections de longue durée; ils comprennent les lits appelés lits de maladie chronique, de convalescence, de gérontologie et de réadaptation. On peut considérer les hôpitaux fédéraux pour les maladies aiguës et les maladies chroniques comme un troisième groupe dans la catégorie des hôpitaux généraux et des hôpitaux spéciaux divers. En établissant des comparaisons entre les provinces, il faut tenir compte de ce que des malades atteints d'affections de longue durée sont traités dans les hôpitaux de traitement actif et, dans certains cas, dans des sanatoriums de tuberculeux. Ainsi un taux élevé de lits de traitement actif pour 1,000 habitants ne signifie pas nécessairement que tous ces lits sont occupés par des malades atteints d'une affection de courte durée; en effet, à cause du manque de lits dans les hôpitaux pour le traitement des maladies chroniques ou pour les convalescents ou dans d'autres installations, on peut être obligé d'accueillir dans les hôpitaux à séjour de courte durée des malades qui y feront un séjour prolongé ou qui pourraient être soignés à domicile.

## LITS POUR LE TRAITEMENT DES MALADIES AIGUËS

L'accroissement du nombre de lits pour le traitement des maladies aiguës se voit bien au tableau 8-2. Même si le nombre réel de ces lits fait voir une forte augmentation dans chaque province au cours de la période allant de 1948 à 1960, la situation est différente quand on l'envisage dans l'optique du nombre de lits pour 1,000 habitants¹. L'Île-du-Prince-Édouard, où l'augmentation a été de 5 à 6, dépasse chacune des autres provinces. Les autres provinces accusent aussi une augmentation, sauf l'Alberta et la Colombie-Britannique où le nombre de lits pour 1,000 habitants a diminué de 0.4 et de 0.2 respectivement.

On peut se faire une idée approximative du surpeuplement des hôpitaux d'après le rapport «lits dressés» «capacité théorique en lits». Dans les neuf provinces sur lesquelles on possède des données assez précises, l'excédent global des lits dressés (traitement actif) sur la capacité théorique a diminué de 15 p. 100 à 5 p. 100 de 1948 à 1958, et à 4 p. 100 en 1960. L'excédent relativement faible des lits dressés sur la capacité théorique en 1960 dans la plupart des provinces signifie que, de façon générale, on a réalisé un certain équilibre entre la demande de soins hospitaliers et la fourniture d'installations suffisantes. Cependant, il reste un certain nombre de localités où la longue liste d'attente peut faire penser que les installations

Les données de 1960 sont les plus récentes que l'on possède au début de 1964, ce qui témoigne encore du temps qu'il faut pour obtenir des renseignements à jour sur un important secteur du domaine de la santé. Les données incomplètes dont on dispose pour 1961 et 1962 font voir que les tendances signalées ci-dessus n'ont pas beaucoup changé.

# LITS D'HÔPITAL POUR MALADIES AIGUËS\*, NOMBRE APPROXIMATIF DE LITS DRESSÉS, PAR PROVINCE, CERTAINES ANNÉES, 1948-1960 TABLEAU 8-2

	31 déc	31 déc. 1948 <sup>b</sup>	31 déc	31 déc. 1953°	31 déc	31 déc. 1958a	31 déc	31 déc. 1959e	31 déc	11 déc. 1960°
	Total	Par 1,000 habitants	Total	Par 1,000 habitants	Total	Par 1,000 habitants	Total	Par 1,000 habitants	Totai	Par 1,000 habitants
Terre-Neuve. Ile-du-Prince-Edouard Nouvela-Ecosse Nouveau-Brunswick Outario Manitoba. Saskatchewan Alberta Colombie-Britannique.	1,402 2,588 2,338 13,828 18,302 3,424 5,752 6,056	4044644000 	1,573 2,580 2,403 16,700 4,000 4,119 6,735 7,343	4	1,760 3,370 2,731 21,824 26,483 6,7483 7,800 8,154	4044440L00	1,702 619 3,445 2,938 21,421 28,401 6,847 7,853 8,467	w04v44vc0v oi-%0w%wivw4	1,762 3,622 3,048 222,639 30,384 4,951 6,815 6,815 7,956 8,714	wa4w4wvc, ov oosid4ov444
	59,795	4.7	71,581	4.8	84,425	4.9	86,426	5.0	90,353	5.1

\*Comprend les lits des hôpitaux publics et privés non fédéraux, à l'exclusion des lits pour maladies chroniques et pour convalescents et des lits des services pour tuberculeux, mais y compris les lits des services de psychiatric. Ne comprend pas les berceaux. On a établi des estimations pour les hôpitaux qui ne saisaient pas rapport au Bureau sedéral de la statistique.

<sup>b</sup>Fondé sur les rapports des enquêtes provinciales sur la santé, sauf indication contraire.

Adapte de Statistique des hopitaux, 1953, vol. I, du Bureau fédéral de la statistique, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1955, sauf indication contraire.
Adapte de Statistique des hopitaux, 1958, vol. I, du Bureau fédéral de la statistique, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1960, sauf indication contraire.

Comprend les hopitaux donn le budget est contrôlé et les hôpitaux conventionnés, d'après la liste de ces hôpitaux au moment de l'adhésion au données fant empruntées aux rapports annuels des hôpitaux et dressées par la Division de la recherche et de la statistique.

Fondé sur des données fournies par le ministère provincial de la Santé.
Fondé sur le Rapport annuel des hôpitaux, 1948, du Bureau fédéral de la statistique, Ottawa, Imprimeur du Roi, 1951.

Source: Utilisation de l'hôpital au Canada, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Ottawa, 1962 (rapport inédit).

hospitalières sont insuffisantes, que l'on n'emploie pas de façon rationnelle les lits des hôpitaux qui y existent, ou qu'il n'y a pas de programme de soins à domicile<sup>1</sup>.

# LITS POUR MALADIES CHRONIQUES ET POUR CONVALESCENTS

Il est très difficile de déterminer le nombre réel de lits considérés à juste titre comme appartenant à des hôpitaux de maladies chroniques ou aux services des maladies chroniques des hôpitaux généraux.

Le tableau 8-3 montre que le nombre de lits pour maladies chroniques déclaré à la fin de 1960 accusait une diminution d'environ 2,000 par rapport à deux ans plus tôt. Cette diminution apparente tient surtout au reclassement de divers «lits d'hôpital privés» dans la catégorie des lits de foyers de soins, parce que les administrateurs provinciaux de l'assurance-hospitalisation ne les ont pas considérés comme lits d'hôpital.

## UTILISATION DE L'HÔPITAL

Le tableau 8-4 fait ressortir clairement combien on utilise davantage l'hôpital. Dans chaque province, il y a eu une forte augmentation du nombre des admissions et, ce qui importe encore plus, une augmentation du nombre des admissions pour 1,000 habitants. Au Canada, entre 1948 et 1961, les admissions pour 1,000 habitants ont passé de 111 à 149, mais il y a de grandes variations entre les provinces à cet égard. Au début de cette période, c'est dans les provinces les plus occidentales que le taux était le plus élevé: en Saskatchewan, 172; en Alberta, 169; et en Colombie-Britannique, 145. En 1961, la Saskatchewan accusait encore le taux le plus élevé (212) et l'Alberta restait au second rang (190). Toutefois, le Nouveau-Brunswick (168) a remplacé au troisième rang la Colombie-Britannique (167). Le taux de l'Ontario (144) a été légèrement inférieur à la moyenne du pays, de même que celui du Québec (127). Bien que le Québec se soit classé à l'avant-dernier rang en 1961², l'augmentation en pourcentage depuis 1948 (69.3 p. 100) a atteint plus du double de l'augmentation nationale (34.2 p. 100).

Le séjour moyen des malades à l'hôpital est un élément important qui influe sur le volume des soins hospitaliers. Entre 1948 et 1961, cet élément a accusé une légère baisse durant certaines années, mais il a été le même en 1961 qu'en 1948, soit 10 jours. Ce séjour moyen pour l'ensemble du pays ne révèle pas les variations assez grandes qui se sont produites dans certaines provinces, dont neuf ont montré une baisse. Sur ces neuf provinces, ce sont

¹L'Hôpital des Sœurs Grises de Regina, mémoire présenté à la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Regina, janvier 1962. Hôpitaux associés d'Alberta, Supplément au mémoire présenté à la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Edmonton, février 1962. Hôpital général de Vancouver, The Development and Utilization of some Services of the Vancouver General Hospital, Vancouver, L'Hôpital, 1962. Gouvernement du Manitoba, mémoire présenté à la Commission royale d'enquête sur les services de santé, appendice 10, Winnipeg, janvier 1962.

<sup>2</sup> Après Terre-Neuve.

# NOMBRE APPROXIMATIF DE LITS DISPONIBLES, ET LITS POUR 1,000 HABITANTS, PAR PROVINCE, TABLEAU 8.3 LITS D'HÔPITAL POUR MALADIES CHRONIOUES ET POUR CONVALESCENTS CERTAINES ANNÉES, 1948-1960

	31 déc.	31 déc. 1948 <sup>b</sup>	31 déc	31 déc. 1953°	31 déc	31 déc. 1958 <sup>d</sup>	31 déc. 1959º	. 1959е	31 déc	11 déc. 1960e
Province	Total	Par 1,000 habitants	Total	Par 1,000 habitants	Total	Par 1,000 habitants	Total	Par 1,000 habitants	Total	Par 1,000 habitants
Terre-Neuve	1477 2, 627 2, 627 2, 627 2, 627 2, 620 1,039	6.0 6.0 7.0 6.0 7.0 7.0 7.0 7.0 7.0 7.0 7.0 7.0 7.0 7	128 0 81 81 3,491 3,566 136 172 1,718×	0 00000001 E0158885174	99 449 46 135 5,310 5,468 550 687 2,295	0000-0000- 000-0000- 00-01-04-000	189 244,24 88 88 766 771 7756 7756 7756 7756 7756 7756 7	00000-0000 441-1-004-000	104 88 88 91 5,803 5,803 558 849 324	000000000000000000000000000000000000000
Canadam	6,714	0.5	10,059	0.7	15,003	6.0	12,681	0.7	13,220	0.7

•Comprend les lits des hôpitaux publics et privés non fédéraux, mais non ceux des services pour tuberculeux et des institutions qui assurent seulement la garde et (ou) les soins à domicile.

<sup>b</sup>Fondé sur les rapports des enquêtes provinciales sur la santé, sauf indication contraire. •Adapté de Statistique des hôpitaux, 1953, vol. I, du Bureau fédéral de la statistique, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1955. •Adapté de Statistique des hôpitaux, 1958, vol. I, du Bureau fédéral de la statistique, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1960. Pour établir des estima-

 \*Comprend les hôpitaux dont le budget est contrôlé et les hôpitaux conventionnés, d'après la lisée de ces hôpitaux au moment de l'adhésion au programme d'assurance-hospitalisation, liste fournit par les provinces qui n'y ont pas participé durant une année ou durant les deux années en cause, les données étant empruntées aux rapports annuels des hôpitaux et dressées par la Division de la recherche et de la statistique.
 \*Fonde sur le \*Répervier des hôpitaux, 1949, du Bureau fédéral de la statistique, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1952.
 \*Fondé sur le \*Répervier des hôpitaux, 1953, vol. 1, du Bureau fédéral de la statistique, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1955, le tiers des lits des tions relatives aux hôpitaux privés non répondants, on a supposé que la proportion de ces hôpitaux qui servent au traitement des maladies chroniques et aux convalescents est à peu près la même que celles des hôpitaux répondants. On a employé la taille moyenne de l'hôpital non répondant.

hôpitaux privés étant considérés comme des lits pour maladies chroniques et (ou) pour convalescents. <sup>a</sup>Limité aux données déclarées par 190 hôpitaux sur 255 en 1959, et par 219 sur 255 en 1960.

Fonde sur le rapport de l'enquête sur la santé du Manitoba et comprend 430 lits de l'Infirmerie provinciale de Saint-Boniface. Fronde sur le rapport de l'enquête sur la santé de la Colombie-Britannique et comprend 329 lits de l'Infirmerie provinciale. \*Fonde sur Statistique des hôpitaux, 1953, vol. 1, du Bureau fédéral de la statistique, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1955; les quatre cinquièmes

Représente cinq hôpitaux publics non couverts par le programme d'assurance-hospitalisation, mais qui ont fait rapport au Bureau fédéral de la des lits des hôpitaux privés sont considérés comme des lits pour maladies chroniques et (ou) pour convalescents. statistique les années précédentes.

Source: Utilisation de l'hôpital au Canada, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Ottawa, 1962 (rapport inédit). <sup>m</sup>Ne comprend pas le Yukon ni les Territoires du Nord-Ouest.

Terre-Neuve, l'Île-du-Prince-Édouard et le Québec<sup>1</sup> qui ont manifesté la baisse la plus forte. L'Ontario a été l'unique province où il y a eu augmentation (0.6 jour).

Il y a donc eu, du moins depuis 1948, une hausse du taux des admissions dans les hôpitaux, mais le séjour moyen a assez peu varié. En conséquence, à mesure qu'on disposait de plus de lits, on accueillait plus de malades. Il se peut, bien entendu, que, à mesure que le nombre de lits s'accroît, les malades tendent à séjourner plus longtemps à l'hôpital, ce qui annule l'acroissement de la capacité en lits. Il ressort du tableau 8-1 que tel n'a pas été le cas au Canada. Le tableau révèle que le nombre de lits dressés dans les hôpitaux généraux et les hôpitaux spéciaux divers pour 1,000 habitants, s'est accru de 5.9 en 1958 à 6.3 en 1960; le tableau 8-4 montre que le nombre de jours de traitement pour 1,000 habitants s'est élevé, durant la même période, de 1,318 à 1,656, et que cette tendance s'est maintenue en 1961.

On peut bien se demander pourquoi cette hausse de l'utilisation de l'hôpital se maintient, surtout quand on songe aux progrès que la médecine a faits dans sa lutte contre les ravages de tant de maladies et pour le prolongement de la longévité du Canadien moyen. Il semble, cependant, que ces progrès de la médecine stimulent la demande de services de santé ou en sont, dans une certaine mesure, le résultat. A mesure que sont supprimés les obstacles économiques aux services de santé, le nombre de ceux qui y ont recours augmente, avec tous les avantages qui en découlent. Cependant, en protégeant les gens contre les effets de nombreuses maladies et, par conséquent, en prolongeant leur existence, nous avons en même temps accru la possibilité d'une proportion plus forte d'affections chroniques de longue durée chez les vieillards. Les mêmes progrès, qui ont tant aidé à maîtriser les effets de certaines maladies et à réduire la durée des traitements qu'elles exigent, ont augmenté le temps qu'il faut pour traiter plus efficacement qu'auparavant d'autres maladies<sup>2</sup>.

Si nous étudions la fréquence des radiations d'hospitalisés (sorties et décès) répartis selon diverses causes (tableau 8-5), nous constatons qu'en 1961, les accouchements et les complications de la grossesse, en plus des nouveau-nés à terme ou prématurés, ont représenté près du tiers (32.3 p. 100) des radiations d'hospitalisés, mais 18.5 p. 100 seulement du nombre total de jours d'hospitalisation. D'autre part, les maladies chroniques, qui forment une proportion relativement faible des radiations d'hospitalisés occupent une proportion relativement plus grande du nombre total de jours d'hospitalisation. Ainsi, les malades atteints de cancer ne représentent que 4.6 p. 100 des radiations d'hospitalisés, mais 8.0 p. 100 des jours d'hospitalisation. De même, les malades atteints d'affections de l'appareil circulatoire, y compris les affections cardiaques, représentent 6.4 p. 100 des radiations d'hospitalisés, mais 13.3 p. 100 des jours d'hospitalisation.

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> C'est seulement en 1961 que le Québec a institué l'assurance-hospitalisation.

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup>Les problèmes que pose le contrôle de l'utilisation de l'hôpital sont examinés au chapitre 14.

TABLEAU 8-4 ADMISSIONS\*, ADMISSIONS POUR 1,000 HABITANTS\*, SÉJOUR MOYEN ET JOURS DE"SOINS PAR 1,000 HABITANTS, CERTAINES ANNÉES, 1948-1961

Jours de habitants ven 1,000 1,100 1	Sein Sein Sein Sein Sein Sein Sein Sein	Admis- sions par- labitants habitants 126 126 129 124 124 124 124 126 129 129 124 148 164 62 193 193 193 193 193 193 193 193 193 193	Admissions  12,648 78,450 67,765 387,765 387,765 115,666 1172,088 112,088 117,677 1,553 1,553 1,807,411 41,136 141,136 183,350 518,4301 189,980	Jours de soins par 1,000 habitants 1,205 1,1205 1,1342 1,342 1,342 1,438 1,238	S.G.iour moyer moy	Admis- sions par sions par sions par sions par 115 113 123 133 133 133 133 133 133 134 114 119 119 119 119 119 119 119 119 11	Admissions  Admissions  1,002 69,832 66,821 329,335 130,034 101,7636 1173,047 2,054 2,054 1,588,247 1,588,247 1,588,247 1,588,247 1,588,247 1,588,247 1,588,247 2,054 2,054 2,054 2,054 2,054 1,226,604 1,227,604 1,227,604 1,227,604 1,227,604	Jours de 1,000 par 1,000 p	Segiour Modern M	Admis- Sions par 1948 103 103 128 103 128 103 129 126 126 127 128 128 127 128 128 129 129 129 129 129 120 120 120 120 120 120 120 120 120 120	Admissions  11, 947 64, 780 60, 478 66, 478 288, 521 465, 919 143, 919 144, 095 154, 095 17, 427, 653 1, 427, 653 116, 961 116, 9	Province  Terre-Neuve
-	: 		100,022	010.4	2.21	3	100,022	1,000	7 7 7	3 3	020,102	Yukon et Territoires du
	× 0.	155 155	227,292	1,914	10.0	203 163	227,604	1,803	10.6	160	201,560	AlbertaColombie-Britannique
,- <u>,</u> -		195 155	227,292	1,914	8.7 10.0	163	227,604 228,354	1,803	10.8	161	201,560	Saskatchewan. Alberta. Colombie-Britannique
,- <u>,</u> -	 5∞.0.	195 155 155	227, 292 229, 561	2,120 1,914 1,773	8.7 4.7 0.0	1889 1889	227,604 228,354	2,010 1,803 1,801	10.8.0 1.8.9.1	707 191 160	201,560	Saskatchewan. Alberta Colombie-Britannique.
	.0.	215	189,496	2,120	10.4	202	180,793	2,010	10.1	202	176,322	Saskatchewan
	. ∞.	126	134,301	465	.00	34	124,491	1,524	v. & v. 4.	134	116,961	Ontario Manitoba
` <b>-</b> `-	200	601	518,403	1,438	0.0	108	501,601	1,406	0.10	95	417,033	Ŏnępec
<u>-</u> -		148	83,350	1,289	,∞ •	145	80,611	1,138	, w . w	141	76,261	Nouveau-Brunswick
	<u>.</u>	143	14,124	1,438	νο √.Α	<u>4</u> 5	14,226	1,330	9.0	134	13,554	Ile-du-Prince-Edouard
<u>-</u>		97	41,136	1,259	13.9	16	37,628	1,245	13.4	- 18	32,144	Terre-Neuve
	72	195			9	195			4	195		
	10.	128	1,807,411	1,411	6.6	611	1,588,247	1,318	10.0	111	1,427,653	CANADA
	77.	62	1,553	3,896	10.1	98	2,054	3,314	15.8	125	3,008	
		187	172,000 182,179 197,657	1,516	8.6 10.2	152	157,676	1,632	0 0 0 0 0 0 0 0	172 169 145	144,095 157,029	Saskatcnewan Alberta Colombie-Britannique
	o,∞;	124	592,383 115,666	1,362	0.8.6	133	510,034	1,282	0.00 8.40	126	93,914	Ontario Manitoba
	, <u>=</u>	<u> </u>	387,062	1,234	2.1.	83	329,351	1,122	11.5	75	60,478 288,521	Nouveau-Brunswick Ouébec
	<u></u>	126	12,648 78,440	1,205	0.6 9.8 9.8	115	11,002	1,370	10.4 10.0	128	11,947	Ile-du-Prince-Édouard Nouvelle-Écosse
	1	l	1		I				1	I	I	Terre-Neuve
				habitants		1,000 habitants	Admissions	habitants		habitants	Admissions	
	l —	Admis-		Jours de		Admis-		Jours de	ı	Admis-		Province
	25	19:			5	195			8	194		

TABLEAU 8-4 ADMISSIONS\*, ADMISSIONS PAR 1,000 HABITANTS\*, SÉJOUR MOYEN ET JOURS DE SOINS PAR 1,000 HABITANTS, CERTAINES ANNÉES, 1948-1961.—Suite

.	de ar	ļ			,
	Jours de soins par 1,000 habitants	1,276 1,386 1,1384 1,489 1,628 1,628 1,227 1,630 1,630 3,300	1,624		1, 289 1, 589 1, 642 1, 642 1, 642 1, 747 1, 922 1, 922 1, 661 1, 678
29	Séjour moyen	11. 4.8.9.8.8.9.9.8.9.9.9.9.9.9.9.9.9.9.9.9.	8.6	1961†	11. 1.0.0 1.0.
1959	Admissions par 1,000 habitants	102 149 143 156 115 140 166 121 137	143	196	109 155 168 127 127 166 212 190 167
	Admissions	44, 781 15,086 102,623 90, 745 576,975 835,745 147,815 147,815 246,1996 4,108	2,500,445		49,905 16,217 105,392 100,453 667,920 897,997 183,000 196,138 272,057 2,117,499
	Jours de soins par 1,000 habitants	1,279 1,242 1,242 1,242 1,244 1,566 1,574 2,308 1,887 1,640	1,578		1, 284 1, 562 1, 421 1, 421 1, 638 1, 647 1, 677 1, 971 1, 971 1, 647 1, 647 1, 647
8	Séjour moyen	11.9 10.0 10.0 10.8 10.8 9.7 9.8 9.8 9.8	8.6	1960	
1958	Admissions par 1,000 habitants	101 140 140 140 150 150 150 150 150 150 150 150 150 15	142	19	105 105 105 105 105 105 105 105 105 105
	Admissions	43 453 14,845 95,391 84,857 553,143 815,746 143,469 188,778 239,149 6,170	2,422,417		46,933 16,010 105,746 98,971 869,091 152,244 195,246 195,460 252,792 261,300 2,588,999
	Province.	Terre-Neuve	CANADA		Terre-Neuve.  Ile-du-Prince-Édouard.  Nouvelle-Écosse.  Nouveau-Brunswick.  Ouébec.  Ontario.  Manitoba.  Saskatchewan.  Alberta.  Colombie-Britannique.  Yukon et Territoires du Nord-Ouest.

publics dont les données ont été adaptées des Rapports annuels des hôpitaux, 1948 à 1952, du Bureau fédéral de la statistique, et de la Statistique des hôpitaux, 1954 à 1958, volume I. Comprend, pour 1959 et 1960, les hôpitaux dont le budjet est contrôlé (et les hôpitaux conventionnés dans le cas de Territoires du Nord-Ouest), d'après une liste de ces hôpitaux au moment de l'adhésion au programme d'assurance-hospitalisation, liste fournie par les provinces et les territoires qui n'y ont pas participé durant une année ou durant les deux années en cause. Comprend, dans le cas de la Colombie-Britannique, cinq hôpitaux publics (1959) non couverts par les programme d'assurance-hospitalisation, mais qui ont fair rapport au Bureau fédéral de la statistique les années précédentes. Fondé sur les données empruntées aux rapports annuels des hôpitaux pour 1952 à 1960 et dressées par la Division de la recherche et de la statistique; comprend certaines corrections pour les admissions approximatives dans les hôpitaux non \*Ne comprend pas les admissions de nouveau-nés ni la totalité des admissions dans les hôpitaux fédéraux. Comprend, pour 1948 à 1958, les hôpitaux répondants d'après le rapport admissions/lits des hôpitaux répondants de chaque province.

SOURCE: Utilisation de l'hôpital au Canada, du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Ottawa, 1962 (rapport inédit). †Admissions approximatives.

TABLEAU 8-5 RÉPARTITION EN POURCENTAGE DES RADIATIONS D'HOSPITALISÉS ET DES JOURS D'HOSPITALISATION DANS LES HÔPITAUX GÉNÉRAUX D'APRÈS CERTAINS GROUPES DE DIAGNOSTICS (HUIT PROVINCES)\*, 1960

	Groupe de diagnostics	Radiations	Jours d'hos- pitalisation
	Total	100.0	100.0
T.	Maladies infectieuses et parasitaires	1.2	1.7
	Néoplasmes	4.6	8.0
Ш.	Maladies allergiques, endocriniennes, du métabo-		
	lisme et de la nutrition	2.2	3.2
IV.	Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	0.4	0.6
	Troubles mentaux, psychonévroses et troubles de la		
•	personnalité	1.5	2.3
VI.	Maladies du système nerveux	3.8	8.8
	Maladies de l'appareil circulatoire		13.3
	Maladies de l'appareil respiratoire		8.6
	Maladies de l'appareil digestif		10.1
	Maladies des organes génito-urinaires		6.1
XI.	Accouchement et complications de la maternité	18.6	10.1
	Maladies de la peau et du tissu cellulaire	2.0	1.6
XIII.	Maladies des os et des organes du mouvement	2.3	5.1
	Malformations congénitales	0.8	1.2
	Maladies propres à la première enfance		0.5
	Symptômes, sénilité et états mal définis		1.6
	Accidents, empoisonnements et traumatismes		8.1
	Classement supplémentaire concernant les admissions spéciales, les naissances vivantes et les		
	mort-nés		9.1
	(Nouveau-nés, à terme et prématurés)	(13.6)	(8.4)

<sup>\*</sup>Sans le Québec, l'Alberta, le Yukon ni les Territoires du Nord-Ouest. Source: Données fournies par le Bureau fédéral de la statistique.

L'importance de l'hospitalisation pour les accouchements et les naissances comme principales causes des admissions dans les hôpitaux, tient au fort taux de natalité et à la forte augmentation du pourcentage des accouchements à l'hôpital. Au Canada, le pourcentage s'établissait à 26.8 en 1931; en 1960, il avait atteint 94.6. Durant cette dernière année, il a été dans trois provinces (Île-du-Prince-Édouard, Ontario et Saskatchewan) de l'ordre de 99.0 p. 100. C'est seulement dans une province, le Québec, et dans le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest, que le pourcentage a été inférieur à celui de l'ensemble du pays, soit respectivement 85.2 p. 100, 93.3 p. 100 et 51.7 p. 100¹.

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Bureau fédéral de la statistique, *La Statistique de l'état civil, 1960*, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1962, p. 96.

Ce régime d'utilisation des installations se ressent beaucoup de leur quantité et de leur nature. Ainsi, si nous examinons la capacité théorique en lits, il existe apparemment une limite à la quantité de soins que ce nombre donné de lits peut assurer, la limite étant déterminée par la mesure où l'on peut dresser des lits supplémentaires en sus de la capacité théorique en lits. D'après le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, en 1948. alors que la pénurie de lits d'après-guerre limitait sans aucun doute l'utilisation dans certaines provinces, l'occupation moyenne par rapport à la capacité théorique était de 86 p. 100. Dans les années qui ont suivi, la construction de nombreux hôpitaux nouveaux a accru la capacité théorique en lits à un rythme beaucoup plus rapide que le nombre de lits dressés. Le nombre total de jours de soins s'est accru plus lentement que la capacité théorique en lits; la moyenne d'occupation des hôpitaux, exprimée en capacité théorique en lits, a diminué pour atteindre son plus bas point de 80.9 p. 100 en 1958. A mesure que la demande de soins hospitaliers s'est accrue en 1959 et 1960 dans le cadre des régimes provinciaux d'assurance-hospitalisation, le pourcentage d'occupation a monté pour atteindre 82 p. 100 en 1960. L'aménagement de lits d'hôpital accuse des variations d'une région à l'autre, mais les lits disponibles sont, dans la plupart des cas, tous employés, dans les limites définies par les règles administratives régissant le taux d'occupation. Que tous les malades qui occupent des lits soient admissibles ou non pour des motifs de nécessité clinique, c'est là une autre question. Il semble que, si les cas étaient analysés du seul point de vue clinique, on constaterait de nombreux cas de séjour trop prolongé et d'utilisation inutile de lits1.

# INSTALLATIONS D'HYGIÈNE MENTALE

# Institutions de maladies mentales

A la fin de 1960, le Canada comptait 75 institutions distinctes de maladies mentales<sup>2</sup> et plus de 40 quartiers psychiatriques dans des hôpitaux généraux. La capacité normale en lits de ces installations<sup>3</sup> était de 66,172, soit une augmentation de 33,221 depuis 1932<sup>4</sup>. Pour 100,000 habitants,

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Ce problème fait l'objet d'un examen plus approfondi au chapitre 14.

<sup>2</sup> Afin de bien distinguer entre les différents genres d'institutions de maladies mentales, voici des définitions qu'il faut rappeler: Hôpital de maladies mentales: «Institution procurant des traitements aux malades qui souffrent d'états psychiatriques de tous genres»; Hôpital psychiatrique: «Institutions qui fournit des traitements psychiatriques intensifs et de courte durée»; Hôpital de déficients mentaux: «Institution qui pourvoit au soin de malades affectés de déficience mentale, y compris les écoles de formation pour ces personnes»; Quartier psychiatriques: «Dans un hôpital, quartier aménagé pour le traitement de malades affectés de troubles psychiatriques». Bureau fédéral de la statistique, La statistique de l'hygiène mentale, 1960, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1962, p. 9, et A. Richman, Les soins psychiatriques au Canada: Étendue et résultats, étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964, chapitre 2.

<sup>&</sup>lt;sup>3</sup> Maximum de malades qui peuvent être reçus d'après le minimum d'espace nécessaire pour les malades qui reçoivent différents genres de soins.

Bureau fédéral de la statistique, La statistique de l'hygiène mentale, 1960, op. cit., p. 43.

cela représente une augmentation de capacité en lits de 314 à 370. En 1960, le rapport présentait de grandes variations d'une province à l'autre, depuis 187 (le plus bas) à Terre-Neuve jusqu'à 419 lits (le plus élevé) en Alberta.

TABLEAU 8-6 INSTITUTIONS PSYCHIATRIQUES, CAPACITÉ DÉCLARÉE EN LITS, 1932, CAPACITÉ TOTALE EN LITS, 1960, CANADA ET PROVINCES

		1932			1960	
Province	Capacité en lits déclarée	Popula- tion	Rapport par 100,000 habitants	Capacité en lits totale	Popula- tion	Rapport par 100,000 habitants*
		(en milliers)			(en milliers)	
Canada	32,951	10,510	314	66,172	17,870	370
Terre-Neuve Île-du-Prince-Édouard Nouvelle-Écosse Nouveau-Brunswick Québec Ontario Manitoba Saskatchewan Alberta Colombie-Britannique	11,666 2,249 2,450 1,875	89 519 414 2,925 3,473 705 924 740 707	337 376 217 303 336 319 265 253 380	838 377 2,719 1,394 20,766 21,679 3,562 3,191 5,408 6,238	448 103 727 589 5,142 6,111 906 915 1,291 1,602	187 366 374 237 404 355 393 349 419

<sup>\*</sup>Fondé sur les approximations revisées de la population faites par la Division du recensement, Bureau fédéral de la statistique. En conséquence, le «Rapport pour 100,000 habitants» de 1960, ne correspond pas aux données présentées par le Bureau fédéral de la statistique dans La Statistique de l'hygiène mentale, 1960, p. 42.

SOURCE: Bureau fédéral de la statistique, La Statistique de l'hygiène mentale, 1960, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1962, pp. 42-43.

Les installations pour malades mentaux varient beaucoup d'une province à l'autre. Certaines provinces n'ont d'autres installations que les hôpitaux publics de maladies mentales, mais on trouve dans d'autres provinces une variété d'installations, allant des hôpitaux psychiatriques et des quartiers psychiatriques des hôpitaux généraux aux institutions qui assurent des soins aux personnes atteintes de déficience mentale et de psychose sénile, et aux enfants souffrant de troubles affectifs. D'après Richman,

La quantité de locaux fournis n'est pas nécessairement en rapport avec la fréquence des maladies, la fréquence des admissions ou la durée des soins hospitaliers. La capacité en lits n'est pas non plus un indice des locaux disponibles, étant donné que le surpeuplement varie et que les institutions reçoivent des malades dont le séjour varie, ce qui fait que

le régime des sorties peut aussi varier. Bien que le rapport des hôpitaux publics de maladies mentales à la population peut être semblable dans différentes provinces, cependant les hôpitaux de maladies mentales dans une province peuvent avoir une plus forte proportion de malades de long séjour et, par conséquent, causer un plus faible rapport locaux/nouvelles admissions<sup>1</sup>.

### SURPEUPLEMENT

Le taux d'occupation des lits dans les institutions de maladies mentales peut servir à mesurer le surpeuplement, mais, bien que le surpeuplement puisse influer sur la qualité des soins, il n'est pas nécessairement un plein indice de la qualité des soins. Le taux est déterminé par le rapport du nombre moyen d'hospitalisés à la capacité en lits. Ainsi, un rapport de 110 p. 100 indique qu'en moyenne 110 malades occupent des installations qui, d'après les normes prescrites, devraient recevoir 100 malades ou moins.

Les institutions de maladies mentales au Canada sont surpeuplées depuis un certain nombre d'années, mais une certaine amélioration s'est produite de 1949 à 1960, le taux d'occupation pour toutes les institutions pour maladies mentales étant passé de 120 p. 100 à 106 p. 100<sup>2</sup>. C'est dans les institutions publiques de maladies mentales qu'on relève le surpeuplement le plus élevé. La réduction du surpeuplement de 1948 à 1960 a varié d'une province à l'autre, mais, en 1960, il aurait fallu au total 5,561 lits pour supprimer le surpeuplement dans les hôpitaux publics de maladies mentales.

Attribuable à l'expansion des installations existantes plutôt qu'à la construction de nouvelles institutions, l'accroissement du nombre de lits a quelque peu atténué le problème du surpeuplement.

Il y a eu récemment une averse de propositions tendant à l'adoption d'une nouvelle ligne de conduite appelant la construction de 'petits' hôpitaux de 400 à 500 lits de maladies mentales dans le voisinage des centres médicaux ou des hôpitaux généraux. Jusqu'ici, on ne voit guère que les choses aient changé. Presque toute l'aide accordée en vertu de la Subvention à la construction d'hôpitaux pour l'expansion des installations hospitalières polyvalentes de maladies mentales, de 1948 à 1962, a servi à la construction de nouveaux grands hôpitaux ou d'annexes aux grands hôpitaux déjà existants. Jusqu'en 1962, il s'est construit quatre nouveaux hôpitaux polyvalents de maladies mentales (totalisant 3,716 lits, qu'avec l'aide de subventions on a complètement terminés, et aussi 20 annexes à des hôpitaux (6,860 lits)<sup>3</sup>.

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> A. Richman, Les soins psychiatriques au Canada: étendue et résultats, étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964.

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> Bureau fédéral de la statistique, La Statistique de l'hygiène mentale, 1960, op. cit., p. 31.

<sup>&</sup>lt;sup>3</sup> Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, *Utilisation de l'hôpital au Canada*, Ottawa, le Ministère, 1960 (rapport inédit), chapitre III. Les trois nouveaux hôpitaux polyvalents sont les suivants: l'hôpital Ontario, à Port Arthur, l'hôpital Ontario, à North Bay, et l'hôpital Sainte-Élisabeth, à Roberval (P.Q.).

TABLEAU 8-7 POURCENTAGE D'OCCUPATION DES HÔPITAUX PUBLICS DE MALADIES MENTALES ET POURCENTAGE DE L'ENSEMBLE DES INSTITUTIONS AU CANADA ET DANS LES PROVINCES, 1960

Province	Hôpitaux publics de maladies mentales	Ensemble des institutions
Canada	110	106
Terre-Neuve	109	109
Île-du-Prince-Édouard	79	79
Nouvelle-Écosse	89	88
Nouveau-Brunswick	140	136
Québec	101	100
Ontario	115	112
Manitoba	120	111
Saskatchewan	156	136
Alberta	97	92
Colombie-Britannique	115	102

SOURCE: Bureau fédéral de la statistique, La statistique de l'hygiène mentale, 1960, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1962, p. 36.

On estime que le rapport des lits à la population ne constitue plus un guide sûr pour déterminer quelles installations seront requises pour les malades mentaux. Une autorité a fait la déclaration suivante:

Les dirigeants des services de santé ont déjà essayé d'établir une formule pour déterminer les besoins en matière d'installations. Les indices utilisés dans le passé, notamment le rapport entre le nombre de lits dans un hôpital de maladies mentales et le chiffre de la population, ne sont plus considérés comme réalistes, à cause des transformations constantes qui tiennent à des facteurs comme les innovations apportées aux traitements, l'accroissement du nombre de personnes âgées et l'amélioration des conditions de vie sociale et économique. Ces éléments compliquent la situation et rendent impossibles des plans fondés uniquement sur l'application automatique d'une proportion de lits pour 1,000 habitants¹.

En 1945, la Conférence fédérale-provinciale sur la reconstruction avait préconisé l'adoption du rapport 5.25 lits pour 1,000 habitants. En 1960, le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social proposait, à titre provisoire, un rapport moins élevé, soit «5 lits d'hôpital de maladies mentales pour 1,000 habitants»<sup>2</sup>. Cependant, en 1962, le ministère en est

<sup>2</sup> Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Utilisation de l'hôpital au Canada, op. cit., chapitre III.

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Ministère de la Santé, de l'Éducation et du Bien-être des États-Unis, Service de la santé publique, *Planning of Facilities for Mental Health*, Washington, Bureau des impressions du gouvernement des États-Unis, 1961, p. 30.

venu à la conclusion que la plupart des hôpitaux de ce genre existant alors étaient désuets, et il a recommandé une proportion de 3.65 à 5 lits pour 1,000 habitants.

De nombreux hôpitaux pour affections mentales ont été construits au Canada au début du siècle et, bien que des annexes aient été ajoutées depuis cette époque, parmi ces premiers immeubles il y en a plusieurs qui sont encore utilisés. Les progrès réalisés dans le traitement psychiatrique ont accentué leur insuffisance. Beaucoup d'entre eux ne sont pas à l'épreuve du feu, et on estime que la plupart pourraient être considérés comme désuets.

On est généralement d'avis qu'il est nécessaire d'augmenter le personnel et certaines installations, comme, par exemple, les services de soins de jour et de nuit, plutôt que d'introduire d'autres innovations, sauf lorsqu'il s'agit de remplacer les aménagements désuets. Il y a tendance maintenant à ne plus encourager la construction de gros immeubles, qui étaient souvent éloignés des autres installations sanitaires, et à favoriser plutôt l'aménagement de constructions moins grandes à des endroits situés à proximité d'autres services d'hygiène complémentaires et non loin du lieu d'habitation des malades.

La communication n° 1 de 1959 de l'Organisation Mondiale de la Santé, portant sur l'hygiène publique, estimait qu'au moins 3.65 lits par 1,000 habitants étaient requis pour cette catégorie de malades. Toutefois, il faut user de prudence dans l'application de ces chiffres à l'endroit du Canada car plusieurs des lits qui sont présentement utilisés pourraient être

Canada car plusieurs des lits qui sont présentement utilisés pourraient être condamnés comme désuets. D'autres ont recommandé jusqu'à cinq lits par 1,000 habitants pour les personnes souffrant de ces maladies, et ils ont préconisé l'établissement de régimes d'hôpitaux-villas, ainsi que l'aménagement d'installations pour les soins à desiriels.

l'aménagement d'installations pour les soins à domicile1.

# Utilisation et organisation des installations

De 1948 à 1960, il y a eu augmentation dans le nombre des premières admissions dans les divers genres d'institutions de maladies mentales. Une proportion croissante des admissions intéressaient des malades sortis qui ont été réadmis une ou plusieurs fois de suite. Au cours de cette période, le nombre des hospitalisés est monté d'environ 4 p. 100 dans les hôpitaux publics de maladies mentales, mais celui des malades dans les hôpitaux de débiles mentaux s'est accru de 120 p. 100. Le tableau 8-8 porte sur l'utilisation des installations d'hospitalisation psychiatriques.

Le tableau indique les taux seulement; il ne fait donc pas état de l'augmentation de la demande par suite de l'accroissement de la population. Le nombre total de jours d'hospitalisation par 1,000 habitants est resté en 1960 à peu près au même niveau où il était en 1948. Ces jours d'hospitalisation ont toutefois permis de s'occuper d'un nombre plus élevé de patients. Les taux des premières admissions et celui des réadmissions ont tous deux augmenté; le rythme a même été plus rapide pour les réadmissions. Mais la durée moyenne de séjour a baissé. Il faut noter que cette dernière ne se ressent pas des changements récents, puisque les radiations d'hospitalisés

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Subventions nationales à la santé, 1948-1961, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1962, pp. 40-41.

TABLEAU 8-8 INSTALLATIONS PUBLIQUES DE PSYCHIATRIF POUR HOSPITALISÉS, CANADA, 1948 ET 1960 CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES

						LES	SERVIO	CES DE
tiers triques ss aux raux	1960	1,361	27	93	61	53	95	0.7
Quartiers psychiatriques des hôpitaux généraux	1948	ı	1	ı	ı	1	ı	0.7†
aux ; atrie	1960	897	18	48	78	74	8	1.4
Hôpitaux de psychiatrie	1948	350	10	21	15	37	79	1.2†
ux de les aux	1960	11,392	233	7	7	6	4	40.5
Hôpitaux de débiles mentaux	1948	3,796	108	33	en .	80	ю	40.4
ux de dies ales	1960	55,372	1,134	123	75	63	21	10.6
Hôpitaux de maladies mentales	1948	46,904	1,339	87	65	33	12	10.6
able sions adies	1960		1,412	271	171	59	34	6.3
Ensemble des institutions de maladies mentales	1948	51,050 69,022	1,457	111	83	33	15	\$.6‡
Article		Moyenne quotidienne de patients	Jours de soin annuels par 1,000 habitants	Premières admissions et réadmissions par 100,000 habitants	Premières admissions par 100,000 habitants	Réadmissions par 100 premières admissions	Sorties d'hôpital annuelles par 100 patients exigeant des soins*	Durée moyenne de séjour pour toutes les sorties (en mois)

\*Les patients exigeant des soins comprennent ceux qui sont sur le registre au 31 décembre, ainsi que le nombre de sorties et de morts durant l'année. †Données relatives à 1955. ‡Données relatives à 1954.

Source: Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Utilisation de l'hôpital au Canada, Ottawa, 1962 (rapport inédit); Bureau fédéral de la statistique, La statistique, La statistique, La statistique, La statistique, La statistique, La statistique, La statistique, La statistique, La statistique, La statistique de l'hygiène mentale, 1954, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1962; Bureau fédéral de la statistique, La statistique de l'hygiène mentale, 1954, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1955.

qui se produisent maintenant reflètent surtout des formes de traitement antérieures. Il n'en reste pas moins qu'est démontrée la tendance à une réduction dans le domaine des soins institutionnels.

Dans le passé, l'établissement des hôpitaux de maladies mentales se faisait selon un régime semblable à celui des sanatoriums de tuberculeux qui sont en voie de disparition, c'est-à-dire que les institutions étaient aménagées à distance des communautés, ce qui a souvent nui aux rapports entre les malades et leurs parents et amis, ainsi qu'au recrutement du personnel. En outre, les établissements de maladies mentales ont trop souvent tenu lieu d'entrepôts où la société moderne s'est plu à placer ses vieillards, ses aliénés et ses déséquilibrés. C'est seulement depuis dix ans que l'on se préoccupe d'améliorer le traitement des maladies mentales en se fondant sur les découvertes des psychanalystes et des psychiatres et que, par conséquent, on se soucie de planifier l'établissement des institutions. Dans la planification des moyens de traitement, on a tenu compte des progrès réalisés dans le domaine de la pharmacothérapie grâce à quoi on peut garder les déséquilibrés au sein de la communauté. De nos jours, on distingue beaucoup mieux les diverses maladies mentales, et on est mieux renseigné sur l'efficacité des différentes thérapies comme sur les effets des facteurs ambiants. Dans l'ensemble, on reconnaît que, même dans le cas des malades mentaux chroniques, le fait pour eux d'être isolés d'un groupe normal ne peut que gêner leur rétablissement. Reconnaissant qu'on devrait adopter la même attitude à l'égard des maladies mentales qu'à l'égard des maladies physiques, on insiste de plus en plus sur l'intégration des services psychiatriques aux hôpitaux généraux pour accroître l'efficacité du traitement. Entre 1951 et 1959, le nombre de lits des quartiers psychiatriques est passé de 318 à 1,331 dans les hôpitaux généraux comptant au moins 100 lits1.

Cependant, on ne s'entend pas sur l'utilité des quartiers psychiatriques dans les hôpitaux généraux. Les partisans de l'intégration soutiennent que le régime offre certains avantages dont les suivants: il n'en résulte pas de tache, comme c'est le cas pour l'admission dans un hôpital de maladies mentales; les patients ne sont pas isolés de la communauté où ils sont censés retourner; leurs parents et leurs amis peuvent les visiter facilement; enfin, les services psychiatriques sont intégrés à l'ensemble des services médicaux. La plupart des témoignages que nous avons entendus pendant nos audiences abondaient dans ce sens².

Le témoignage suivant illustre bien les sentiments des adversaires de l'intégration:

Les quartiers psychiatriques . . . ne sont encore bien souvent que des chambres de compensation et ils peuvent aggraver la maladie en retardant le

<sup>1</sup> Bureau fédéral de la statistique, Statistique des hôpitaux, 1959, vol. I, tableau 20, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1961, p. 62.

Voir par exemple les mémoires présentés à la Commission royale d'enquête sur les services de santé par l'Association canadienne de psychiatrie (Toronto, mai 1962, appendice 5), l'Association médicale canadienne (Toronto, mai 1962, p. 15), le gouvernement du Manitoba (Winnipeg, janvier 1962, p. 12), le Conseil canadien du bien-être (Toronto, mai 1962, p. 67) et l'Association canadienne des hôpitaux (Toronto, mai 1962, pp. 86-87).

traitement. Dans certains cas, on est forcé de fournir aux malades alités des soins semblables à ceux que reçoivent les malades des autres services. Il peut arriver qu'on insiste trop sur un diagnostic précis ou sur la thérapie somatique. Il n'est pas impossible qu'un hôpital général traite une forte proportion de personnes souffrant de troubles psychiatriques qui sont susceptibles d'un prompt rétablissement et laisse aux hôpitaux de maladies mentales les cas où les pronostics sont mauvais; les hôpitaux de maladies mentales en seraient dépréciés et perdraient de leur efficacité comme centres thérapeutiques<sup>1</sup>.

En Grande-Bretagne, on manifeste beaucoup d'intérêt pour les problèmes que pose l'administration des quartiers psychiatriques. Partisans et adversaires de ce genre de soins s'entendent sur un point: les quartiers psychiatriques ne seront utiles que si les hôpitaux généraux fournissent des locaux pour le traitement des malades non hospitalisés, pour l'ergothérapie et pour la ludothérapie, et qu'ils créent un milieu thérapeutique approprié<sup>2</sup>.

Les «petits» hôpitaux de maladies mentales qui comptent environ 300 lits sont une autre innovation dans le domaine des installations psychiatriques. Ces établissements sont très rares au pays en ce moment. Voici ce que l'Organisation mondiale de la santé pense de ce genre d'institutions:

De récentes études indiquent que, sur le plan financier, les hôpitaux dont l'exploitation est la plus économique sont probablement ceux qui comptent 250 à 400 lits. Les établissements plus petits sont coûteux parce qu'ils logent un pourcentage moins élevé de malades et parce que l'amortissement du matériel technique pose des difficultés, vu que ce dernier n'est pas utilisé à plein. Le coût par lit des hôpitaux de plus de 400 lits monte lentement pour atteindre des chiffres assez élevés dans le cas des établissements comptant plus de 800 lits. Cela est probablement dû au gaspillage incontrôlable, au manque de responsabilité chez un personnel trop nombreux, aux achats inutiles et à la mécanisation industrielle qui est inévitable dans un vaste hôpital. Il faut ajouter à cela l'impossibilité dans laquelle se trouve le directeur d'entretenir des rapports personnels constants avec des centaines de personnes qui forment son personnel médical³.

L'Organisation mondiale de la santé recommande que ces établissements soient utilisés pour une période relativement brève. Les usines, les écoles et certains autres genres de bâtiments sont construits d'après la technique de l'heure et sont démolis lorsqu'ils ne sont plus appropriés par suite du progrès technique. Afin d'éviter que des bâtiments deviennent désuets, il est possible de les aménager de manière à ce qu'ils puissent servir à d'autres usages lorsqu'ils ne sont plus propres à leur fin initiale.

L'augmentation du nombre de vieillards s'est accompagnée d'une hausse des admissions de vieillards et de personnes séniles dans nos institu-

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> American Public Health Association, Mental Disorders: A Guide to Control Methods, New York, The Association, 1962, p. 11.

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup>D. G. McKerracher, L'évolution des soins psychiatriques, étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964.

<sup>8</sup> Organisation mondiale de la santé, The Community Hospital, troisième rapport du comité de spécialistes de l'hygiène mentale, série des rapports techniques, n° 73, Genève, l'Organisation, 1953, p. 29, cité par McKerracher, op. cit.

tions de maladies mentales. Les malades chroniques qui sont placés dans un hôpital de maladies mentales de long séjour, hôpital isolé et sur le plan physique et sur le plan professionnel, ont peu de chances de retourner dans leurs foyers ou dans un établissement spécialisé de leur communauté. Cela ne serait possible que si des services communautaires locaux ou régionaux pouvaient fournir des soins satisfaisants au malade. Certains patients, qui souffrent d'une grave affection psychiatrique, requièrent des traitements psychiatriques et d'autres soins médicaux de longue durée, tandis que d'autres moins gravement atteints ont besoin de soins moins intensifs qui peuvent s'administrer au foyer ou dans un établissement communautaire non institutionnel<sup>1</sup>.

La récente expansion des installations pour troubles mentaux est, pour une bonne part, attribuable à l'augmentation des établissements pour arriérés mentaux. Le Canada compte présentement onze hôpitaux d'arriérés mentaux; 10,751 personnes y reçoivent des soins. Dans les provinces dépourvues d'aménagements de ce genre (Terre-Neuve, Île-du-Prince-Édouard et Nouveau-Brunswick), les arriérés mentaux sont traités dans les hôpitaux provinciaux de maladies mentales<sup>2</sup>. En tout et partout, on compte de 200,000 à 300,000 arriérés mentaux au pays; ils sont répartis dans les trois groupes suivants:

- (1) Ceux dont le quotient intellectuel est élevé, savoir 85 p. 100 de l'ensemble. Ces personnes peuvent suffire à leurs propres besoins à condition qu'on leur donne une formation spéciale et qu'on les aide à trouver un emploi approprié;
  - (2) Le deuxième groupe comprend environ 12 p. 100 de tous les arriérés. Les intéressés ne pourront jamais se suffire entièrement à eux-mêmes mais, s'ils reçoivent une formation appropriée et s'ils sont surveillés comme il se doit dans la communauté, ils devraient pouvoir, dans l'ensemble, demeurer en dehors des institutions et contribuer à leur propre subsistance;
  - (3) Enfin, ceux dont le quotient intellectuel est le plus bas, qui sont entièrement à charge et qui nécessiteront toute leur vie des soins infirmiers assez spécialisés<sup>3</sup>.

Vu que les membres du premier groupe peuvent apprendre à se débrouiller seuls, il faudra remettre en question la pratique qui consiste à confiner bon nombre d'entre eux dans des institutions. Comme mode de traitement, il semblerait beaucoup plus efficace de faire suivre le programme scolaire ordinaire à autant de ces malades que possible plutôt que de les isoler,

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Voir par exemple les mémoires présentés à la Commission royale d'enquête sur les services de santé par l'Association canadienne des hôpitaux (Toronto, mai 1962, p. 23), l'Association médicale canadienne (Toronto, mai 1962, pp. 4 et 50), le Conseil canadien du bien-être (Toronto, mai 1962, pp. 48-52), le gouvernement du Manitoba (Winnipeg, janvier 1962, p. 9) et l'Ordre des infirmières Victoria (Toronto, mai 1962, pp. 15-24).

<sup>2</sup> D. G. McKerracher, op. cit., partie III, 4.

<sup>&</sup>lt;sup>3</sup> Ibid. Une autre classification est celle qu'utilise l'Association canadienne pour les enfants arriérés dans son mémoire présenté à la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Toronto, mai 1962, pp. 7-8. Voir aussi les propos qui précèdent les recommandations 7-12.

comme on le fait présentement. Une fois leurs études terminées, il faudrait leur trouver du travail et les guider pour qu'ils se suffisent à eux-mêmes.

Les personnes du deuxième groupe ne pourront jamais se suffire à ellesmêmes, mais elles pourraient recevoir des traitements au foyer si des infirmières leur rendaient visite et si leurs parents pouvaient compter sur l'avis de conseillers. L'atelier protégé est peut-être l'unique endroit où ces malades puissent travailler.

Quant aux membres du troisième groupe, ils ne pourront jamais se suffire à eux-mêmes. Ils constituent, pour leurs proches, et pour la mère surtout, un fardeau financier, physique et psychologique tout particulièrement lourd. Toutefois, grâce à l'infirmière visiteuse et au concours de conseillers, il serait peut-être possible de leur fournir des soins à domicile, du moins pendant une partie de leur vie. Lorsque cela se révélera insuffisant, il n'y aura qu'une chose à faire: placer le malade dans une institution.

Sous le régime actuel, il n'est pas facile de répérer de bonne heure les cas d'arriération mentale légère. C'est lorsque l'enfant accuse des échecs scolaires ou commence à se comporter d'une manière étrange qu'il faut commencer à lui donner des soins. Le dépistage et le traitement seront retardés si ceux qui sont le plus près de l'enfant, savoir ses parents et ses instituteurs, ne savent pas reconnaître les premiers symptômes de l'arriération mentale. On en a un exemple dans le cas de la phénylkétonurie, maladie qu'on peut diagnostiquer dès qu'il se forme de l'acide phénylpyruvique dans l'urine du nourrisson. «Si l'on dépistait la maladie de trois à cinq semaines après la naissance de l'enfant et si ce dernier bénéficiait d'une diétothérapie appropriée, on empêcherait probablement l'arriération mentale ou, du moins, on en circonscrirait la gravité»<sup>1</sup>.

Le médecin de famille, qu'il soit omnipraticien ou interniste, pédiatre et, à un degré moindre, quelque autre spécialiste, joue un rôle de premier plan dans le dépistage et le traitement de toute la gamme des troubles psychiatriques. Voici ce qu'écrit McKerracher à ce sujet:

- a) .... environ 25 p. 100 des malades consultent leur médecin de famille à cause de troubles dus à l'anxiété ou à la dépression, et ces médecins traitent nombre de personnes souffrant de troubles organiques. Forcément, les médecins de famille renvoient très peu de ces malades à des spécialistes, probablement pas plus de 5 p. 100 au maximum. Le renvoi dépend de facteurs aussi complexes que variés: la gravité de la maladie, la formation du médecin de famille, la disponibilité de médecins consultants et la situation financière et sociale du malade. De nos jours, les médecins de famille canadiens ne peuvent guère compter sur l'aide des services sociaux ou des infirmières hygiénistes lorsqu'ils doivent soigner des personnes affligées de problèmes d'ordre social ou psychologique.
- b) Comme dans le passé, ils traiteront toujours la plupart des malades qui les consultent au sujet de leurs problèmes psychiatriques. Même si la chose était souhaitable, il ne serait jamais possible de fournir des soins

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Association canadienne de l'arriération mentale, Division de la Nouvelle-Écosse, mémoire présenté à la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Halifax, octobre 1961, p. 12.

psychiatriques du berceau à la tombe par le truchement d'un ensemble spécialistes. Malheureusement, le médecin de famille ne connaît habituellement pas la psychiatrie et il ne reçoit presque aucune aide de psychiatres consultants ou des services sociaux de la communauté. D'ordinaire, il ne peut compter sur le concours immédiat d'un psychiatre et souvent, lorsqu'il en trouve un, le spécialiste n'est guère utile. En outre, lorsqu'un de ses patients, affligé de troubles psychiatriques, a besoin d'être hospitalisé, l'omnipraticien doit à regret l'envoyer à un hôpital provincial<sup>1</sup>.

Même si le médecin de famille rend les services signalés dans le dépistage et le traitement des affections psychiatriques, son apport présent et éventuel est rarement reconnu; mais cela est attribuable, en partie, au fait qu'il n'a pas reçu de formation suffisante en psychiatrie<sup>2</sup>.

Les centres psychiatriques et les services externes jouent aussi un rôle important dans le diagnostic et le traitement des troubles psychiatriques. Les données publiées par le Bureau fédéral de la statistique concernant les aménagements disponibles sont incomplètes3, mais ce sont les seules qui soient disponibles4. En 1960, le nombre total de nouveaux malades qui ont recu des soins s'est élevé à 34,104; à supposer que chacun ait été traité par un médecin, le «médecin à plein temps a, en moyenne, traité 214 nouveaux malades par année, et le rapport des entrevues aux nouveaux malades a été de 4.0:1 » 5. Vu qu'aucune étude n'a encore été faite pour déterminer objectivement les services rendus par les centres psychiatriques et les services externes, il est impossible d'établir dans quelle mesure ils ont été utiles à la communauté dans la lutte contre les troubles psychiatriques. Toutefois, l'Association canadienne d'hygiène mentale estime que les services psychiatriques communautaires prendront de l'importance à l'avenir, même dans les cas «où une bonne part des troubles psychologiques peuvent être diagnostiqués et soignés en dehors de l'hôpital<sup>6</sup>».

### INSTALLATIONS POUR TUBERCULEUX

A l'instar des institutions de malades mentaux, l'expansion des installations pour tuberculeux s'est faite, pendant nombre d'années, indépendamment des services généraux de santé de la communauté. Le plus récent

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup>D. G. McKerracher, op. cit., partie III, 33.

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> Ibid. Voir aussi J. A. MacFarlane, L'enseignement médical au Canada, étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964.

<sup>&</sup>lt;sup>3</sup> A. Richman, op. cit., chapitre II.

<sup>&</sup>lt;sup>4</sup> C'est un autre domaine où une meilleure collecte de données nous aiderait grandement à former des jugements fondés sur des faits plutôt que sur des connaissances imparfaites.

<sup>&</sup>lt;sup>5</sup> A. Richman, op. cit., chapitre II.

Association canadienne d'hygiène mentale, More for the mind, Toronto, l'Association, 1963, p. 55.

exemple de cet isolement nous est fourni par la Loi sur l'assurancehospitalisation et les services diagnostiques qui a été adoptée en 1957 et qui exclut expressément les sanatoriums de tuberculeux et les hôpitaux de maladies mentales.

Par suite du rôle qu'ils jouent dans la lutte contre les maladies transmissibles, les gouvernements provinciaux se sont intéressés très tôt au traitement de la tuberculose. Les services antituberculeux des diverses provinces ne se sont pas développés uniformément. Dans chaque cas, c'est le secteur privé qui a organisé et financé les premiers services. Puis, graduellement, les pouvoirs publics ont assumé une partie ou la totalité des frais et, à mesure qu'ils ont pris de l'ampleur, les services antituberculeux ont été incorporés aux services de santé publique¹. Ils n'en demeurent pas moins le fruit des efforts conjugués des secteurs privé et public.

Comme la tuberculose est une maladie contagieuse, les organismes compétents privés et provinciaux se sont intéressés dès le début au diagnostic et au dépistage. La deuxième étape de la lutte antituberculeuse a consisté dans l'isolement et le traitement des malades. Dans une large mesure, c'est pour protéger la communauté que l'on a décidé d'envoyer les tuberculeux au sanatorium. Cet important motif d'hygiène publique a fortement déterminé l'hospitalisation de ces malades.

La séparation physique des malades d'avec leur milieu et les problèmes de recrutement du personnel médical que cela a posés ont contribué à isoler les services antituberculeux des services généraux de santé. Vu leur emplacement, les sanatoriums ont exigé l'établissement d'un personnel médical à plein temps, ce qui a entraîné la création d'une spécialité distincte dont bon nombre des médecins étaient d'anciens tuberculeux qui ont décidé de continuer à exercer cette spécialité. Cependant, cette source de recrutement s'est fort heureusement tarie depuis que les médecins sont de mieux en mieux protégés contre l'infection. Le recrutement du personnel à l'extérieur est devenu d'autant plus difficile que les services antituberculeux sont isolés et que, en tant que telle, la spécialisation en tuberculose offre de moins en moins de perspectives à l'exercice professionnel<sup>2</sup>.

L'hygiène publique est l'un des facteurs qui a amené les provinces à assumer leurs responsabilités dans la lutte antituberculeuse. Un autre élément, c'est le fait que les malades pouvaient légalement être contraints à subir des traitements, mais que l'hospitalisation des malades était si longue et si coûteuse que l'on ne pouvait s'attendre à ce qu'aucun particulier en assume les frais. C'est pourquoi, de nos jours, le traitement en sanatorium est payé par l'État presque partout au Canada. Même dans les provinces qui peuvent faire payer les malades, l'argent versé par ces derniers ne représente habituellement qu'une part infime des frais globaux. Le dépistage continue à être financé,

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> G. J. Wherrett, La tuberculose au Canada, étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964.

<sup>2</sup> Ibid.

pour une bonne part, par les campagnes privées lancées par l'Association canadienne antituberculeuse<sup>1</sup>.

# Ressources hospitalières

Les causes d'autrefois qui militaient en faveur de l'isolement des services antituberculeux ont été éliminées progressivement depuis une vingtaine d'années. La chimiothérapie et les antibiotiques ont modifié radicalement le traitement et abrégé la durée du séjour au sanatorium. De 1958 à 1960, le séjour moyen des tuberculeux est passé de 300 à 264 jours; il n'a été que de 194 jours au Nouveau-Brunswick en 1960.

Le tableau 8-9 montre comment une proportion sans cesse plus élevée de malades reçoit des traitements dans les quartiers de tuberculeux des hôpitaux généraux plutôt qu'en sanatorium. Par rapport à l'ensemble, le pourcentage des lits de ces quartiers est monté de 6.6 p. 100 en 1958 à 10 p. 100 en 1960. De fait, le nombre en a augmenté tandis que la capacité en lits des sanatoriums a baissé considérablement, ce qui a eu pour résultat une baisse constante du nombre global de lits de tuberculeux. Cette diminution a lieu en dépit de l'accroissement de la population. Ainsi la capacité théorique en lits pour 1,000 habitants est passé de 0.9 en 1958 à 0.7 en 1960<sup>2</sup>.

La réadaptation des malades rétablis se fait de plus en plus dans le cadre des programmes généraux de réadaptation. Cette tendance commence à se manifester dans les services antituberculeux pour les Indiens et les Esquimaux, groupes où l'on trouve encore les îlots les plus considérables de tuberculose. La coordination des services antituberculeux avec les services

TABLEAU 8-9 ESTIMATION DE LA CAPACITÉ THÉORIQUE EN LITS DES SANATORIUMS ET DES QUARTIERS DE TUBERCULEUX (INSTITUTIONS FÉDÉRALES ET AUTRES), CANADA 1958 À 1960

Année	Sanatoriums de tuberculeux	Quartiers de tuberculeux	Total
1958	14,237	998	15,235
1959	13,242	823	14,065
1960	11,687	1,292	12,979

Source: Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Utilisation de l'hôpital au Canada, Ottawa, 1962, (rapport inédit), chapitre III.

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Bureau fédéral de la statistique, Annuaire du Canada, 1962, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1962, p. 235.

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Utilisation de l'hôpital au Canada, op. cit., chap. III.

généraux de santé va de pair avec l'intégration graduelle des services spéciaux assurés à ces secteurs de la population aux services provinciaux ordinaires de santé.

Ces progrès découlent de la grande diminution de l'incidence de la morbidité attribuable à la tuberculose, ainsi qu'il est montré au chapitre 5. Que la diminution du nombre de lits accuse toujours du retard sur le déclin de la demande, on en a la preuve dans le fait que, comparativement au nombre de lits dressés, le taux d'occupation s'établissait à 78 p. 100 en 1960, alors qu'il avait culminé à 93 p. 100 en 1953¹. Si l'on tarde à affecter à d'autres fins les lits inoccupés, c'est partiellement à cause de l'emplacement de bien des institutions, de leur aménagement, et souvent aussi de leur âge, ce qui les rend dans certains cas impropres à d'autres usages.

La lenteur avec laquelle on désaffecte les lits de tuberculeux a aussi des répercussions sur le personnel. De 1958 à 1960, le nombre global des effectifs a baissé d'environ 12 p. 100². Cette proportion correspond à peu près à celle de la diminution du nombre de lits, mais, comme on pouvait s'y attendre par suite de la baisse rapide du taux d'occupation par rapport à l'ensemble des lits, la proportion du personnel pour 100 malades est montée de près de 25 p. 100 entre 1958 et 1960³. D'après le tableau 8-10, la proportion de médecins et d'infirmières pour 100 malades a peu varié, mais le nombre d'infirmiers, du personnel de service et d'aides-infirmières, s'est fort accru.

TABLEAU 8-10 EFFECTIF DE CERTAINES CATÉGORIES DE PERSONNEL POUR 100 MALADES, DANS LES SANATORIUMS DE TUBERCULEUX, CANADA, 1958-1960

Catégorie	1958	1959	1960
Médecins	4.1	4.1	4.1
A plein temps	2.4	2.5	2.5
A temps partiel	1.7	1.5	1.6
Infirmières diplômées	11.6	11.5	12.0
Infirmiers, personnel de service et aides-infirmières	16.5	18.3	21.2

Source: Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Utilisation de l'hôpital au Canada, Ottawa, 1962, (rapport inédit).

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Bureau fédéral de la statistique, La statistique de la tuberculose, 1960, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1962, p. 48. Il faut noter que le nombre de lits des sanatoriums de tuberculeux n'est pas un indicateur du nombre des tuberculeux hospitalisés, puisque les sanatoriums servent dans certaines provinces à loger les malades chroniques et les malades mentaux âgés.

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Utilisation de l'hôpital au Canada, op. cit., chapitre III.

<sup>&</sup>lt;sup>8</sup> Bureau fédéral de la statistique, La statistique de la tuberculose, 1960, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1962, p. 54.

# COMPARAISON INTERNATIONALE DES INSTALLATIONS HOSPITALIÈRES

Nous avons brossé un tableau de l'expansion des installations hospitalières au Canada et nous avons montré que, même si le nombre de lits disponibles a beaucoup augmenté, la provision de lits par rapport à la population n'a pas grandement varié et l'élimination d'une foule de lits dans les hôpitaux de tuberculeux a fait baisser la proportion depuis quelques années.

Le Canada occupe un rang favorable dans le monde quant au nombre d'habitants par lit hospitalier. D'après le tableau 8-11, en 1959, parmi les pays énumérés, la Suisse comptait la proportion la plus faible; elle était suivie du Canada, de l'Australie, de la Nouvelle-Zélande et de la Suède, dont

TABLEAU 8-11 COMPARAISON INTERNATIONALE, POPULATION PAR LIT HOSPITALIER DANS CERTAINS PAYS, 1959

Pays	Population par lit hospitalier
Australie	90
Autriche	110
Belgique	130*
Canada	90
Danemark	110
Angleterre et pays de Galles	110
Finlande	110
France	110
République fédérale d'Allemagne	100
Grèce	100
Italie	110
Luxembourg	100
Pays-Bas	130
Nouvelle-Zélande	90
Norvège	110
Portugal	190
Espagne	310
Suède	90
Suisse	801
États-Unis	110

<sup>\*</sup>Donnée relative à 1958.

<sup>†</sup>Inconnu.

<sup>‡</sup>Donnée relative à 1956.

Source: Chiffres fondés sur l'Organisation mondiale de la Santé, Annual Epidemiological and Vital Statistics, Genève, l'Organisation, 1962, pp. 654-695, et les Nations Unies Demographic Yearbook 1960, New-York, l'Organisation, 1961, pp. 104-115.

le rapport population/lits hospitaliers était de 90 habitants par lit. Les États-Unis et le Royaume-Uni comptaient 110 habitants par lit et d'autres pays, comme les Pays-Bas, 130 par lit<sup>1</sup>.

Sauf quelques exceptions, les différences entre les proportions des pays énumérés s'inscrivaient dans l'intervalle de 90 à 110 personnes par lit. D'autre part, si la proportion est exprimée en lits pour 1,000 habitants, cet intervalle signifierait qu'il existe dans ces pays entre 10 et 11 lits hospitaliers de tous genres pour 1,000 habitants. On voit donc que, dans la plupart des pays développés, le nombre total de lits hospitaliers par rapport à la population ne varie pas beaucoup, bien qu'il puisse exister des différences plus grandes dans les proportions des divers genres de lits<sup>2</sup>.

# SERVICES DE SANTÉ

Au chapitre 6, nous avons brièvement décrit l'évolution des services de santé depuis leur premier stade simple et primitif jusqu'au complexe des services de santé d'aujourd'hui qui bénéficient des progrès techniques de notre époque. L'étude du personnel de la santé au chapitre 7 et des installations de santé dans le présent chapitre montre l'énorme différence entre l'exercice actuel de la médecine et celui de cette époque lointaine, ainsi qu'entre l'hôpital d'antan et l'établissement moderne. Mais, en plus de ces deux genres de ressources de santé très diversifiées, nos communautés modernes disposent d'un grand nombre de services et d'organismes nouveaux qui tous s'efforcent de satisfaire quelque besoin nouvellement créé ou reconnu. Parmi eux se trouvent les services assurés au public par les municipalités ou les gouvernements provinciaux et par des organismes privés, ainsi que des services offerts à divers titres à certains secteurs de la population, tels que les militaires, les anciens combattants, les Indiens et des groupes d'employés<sup>3</sup>.

Relativement nouvelle aussi est notre préoccupation d'assurer des services plus convenables dans les régions isolées de notre pays, qui font face à des problèmes entièrement différents de ceux des régions à population plus dense.

De plus, nous en sommes venus à reconnaître que les vieillards et les invalides ont besoin d'un certain nombre de services qui ne sont pas des services de santé, si l'on entend par là des services d'application de con-

hôpitaux de tuberculeux. Voir National Health Service, A Hospital Plan for England and Wales, Londres, Her Majesty's Stationery Office, janvier 1962, pp. 274-275.

Nous avons présenté ici un bref exposé des services qu'assurent divers organismes gouvernementaux. Le volume II de ce rapport renfermera une analyse plus détaillée relative à

l'organisation et à la prestation de ces services.

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Voir tableau 8-11.

<sup>2</sup> En 1960, le Royaume-Uni comptait 10.3 lits pour 1,000 personnes, soit 5.7 lits dans les hôpitaux de maladies aiguës, pour soins gériatriques, de maternité et dans d'autres hôpitaux; et 4.6 lits dans les hôpitaux de malades mentaux et d'arriérés mentaux. Cette année-là, le Canada comptait 10.7 lits pour 1,000 personnes, soit 3.8 lits dans les hôpitaux de malades mentaux et de débiles mentaux; et 6.9 lits dans d'autres hôpitaux, dont les

naissances et des techniques médicales, mais qui sont néanmoins essentiels si l'on veut que le malade profite complètement des services médicaux dont il fait usage. Parmi eux se trouvent les divers services de bien-être, les installations d'enseignement et de formation, les services de placement et d'emploi, et d'autres services qui jouent un rôle dans la réadaptation du malade. Sont aussi rattachés au problème d'aide aux malades frappés d'invalidité temporaire ou permanente les divers programmes de soutien des revenus qui existent déjà ou qui seraient nécessaires¹.

# Services de santé du gouvernement

Nous nous servons de cette expression «services de santé du gouvernement» plutôt que de l'expression «services d'hygiène publique», qui est encore souvent utilisée, parce qu'hygiène publique a plus ou moins le sens de services de protection contre le milieu et de prévention générale, qui sont distincts des services personnels de santé. Ces derniers ont tout d'abord été considérés comme étant en dehors de la sphère d'action du gouvernement, mais il est aujourd'hui difficile de maintenir cette distinction. Ainsi, par exemple, l'immunisation, les soins pré et postnataux, les soins aux nourrissons, pour en citer quelques-uns, sont des services personnels, bien que préventifs. La même chose est vraie des services de traitement réel assurés par le gouvernement; par exemple, les services de traitement des tuberculeux ou les services de soins à domicile assurés par l'infirmière hygiéniste. Une meilleure expression est celle qui indique les auspices sous lesquels un service est fourni (par exemple, le gouvernement) et le genre de service (par exemple, assainissement du milieu, immunisation).

Le ministère fédéral de la Santé nationale et du Bien-être social et les ministères provinciaux de la santé sont en grande partie organisés sur des plans parallèles, le premier assumant surtout une fonction de consultation sauf dans le domaine des subventions (programme des subventions nationales à l'hygiène et régime national d'assurance-hospitalisation), et dans les régions où les questions de santé relèvent du gouvernement fédéral.

Les gouvernements provinciaux ont établi des divisions ou sections spéciales qui sont chargées, d'une façon générale, de stimuler et de surveiller l'activité locale en matière de santé, d'organiser de nouveaux districts sanitaires locaux, d'administrer des subventions, de canaliser les renseignements des divisions de spécialistes vers les autorités sanitaires locales et de coordonner les programmes provinciaux et municipaux<sup>2</sup>.

L'organisation et l'administration des centres de santé locaux, varient considérablement. Les besoins locaux de services de santé publique ont exigé une décentralisation des installations de santé publique, ce qui a conduit à une certaine autonomie locale. Les fonctions et l'organisation des installations sanitaires publiques locales varient considérablement d'une pro-

<sup>&</sup>lt;sup>3</sup> Association canadienne d'hygiène publique, The Federal and Provincial Health Services in Canada, (seconde édition), Toronto, Presses de l'Université de Toronto, 1962.

vince à l'autre, bien que les programmes de base soient semblables. La plupart des services préventifs de santé publique sont fournis à l'échelon municipal et comprennent l'assainissement, l'hygiène maternelle, infantile et scolaire, et la lutte contre les maladies contagieuses.

Les unités sanitaires locales sont financées par la municipalité, le gouvernement provincial et le gouvernement fédéral. La quote-part municipale est habituellement répartie entre les municipalités participantes, au prorata du nombre d'habitants. En Ontario et en Alberta, l'aide provinciale consiste en subventions proportionnelles aux services approuvés. Au Québec, au Manitoba, en Saskatchewan et en Colombie-Britannique, les municipalités ont à payer une fraction des frais, tandis que la province paie le reste. L'aide fédérale à l'expansion des services de santé locaux s'est faite depuis 1948 au moyen de la Subvention à l'hygiène publique aux termes du Programme national des subventions à l'hygiène.

A la fin de 1962, des services de santé publique à plein temps étaient assurés par 28 unités de santé urbaines et 179 unités de santé locales. Le nombre des services, des unités et des districts de santé à plein temps était passé à 207 en 1962; il était de 157 en 1948. Les unités intermunicipales étaient réparties comme suit: 8 en Nouvelle-Écosse, 73 au Québec, 35 en Ontario, 13 au Manitoba, 10 en Saskatchewan, 23 en Alberta et 17 en Colombie-Britannique. Les services de santé urbains étaient répartis comme suit entre ces provinces: 1 en Nouvelle-Écosse, 6 au Québec, 13 en Ontario, 1 au Manitoba, 2 en Saskatchewan, 3 en Alberta et 2 en Colombie-Britannique¹.

Certaines des fonctions les plus courantes des services de santé sont brièvement décrites ci-dessous, mais il ne s'agit en aucune façon d'une liste exhaustive. Le degré d'organisation varie selon l'importance du service et aussi selon sa ligne de conduite.

### MESURES DE SALUBRITÉ DU MILIEU

Ces mesures constituent encore une très importante part de l'activité gouvernementale. Leur importance continue quant à la prévention de la propagation des épidémies a été étudiée au chapitre 5. Certaines des fonctions traditionnelles dans ce domaine, comme l'entretien de réserves d'eaux saines et l'évacuation des eaux-vannes, sont en général bien établies et acceptées en tant que responsabilités propres à la communauté; ces fonctions sont remplies par des organismes autres que les services de santé. Mais des tâches nouvelles et plus difficiles se sont présentées, telles que la lutte contre la pollution de l'air et contre les dangers des radiations. Cette lutte nécessite une collaboration internationale et, en outre, une étroite coordination entre les divers échelons de gouvernement pour ce qui est de l'administration, des services de laboratoire et autres services scientifiques.

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Données fournies par le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.

La prévention des accidents de l'industrie, les maladies professionnelles et l'entretien de la santé des employés incombent conjointement à l'industrie et aux organismes gouvernementaux, notamment aux commissions des accidents du travail et aux ministères de la santé.

Des services consultatifs spécialisés en matière d'hygiène professionnelle sont assurés par le gouvernement fédéral qui entreprend des études et qui surveille en particulier certains dangers du travail, par exemple ceux causés par les radiations. Les activités du gouvernement fédéral en matière de protection contre les radiations dans l'industrie comprennent l'étude de toutes les demandes de permis de se procurer des radio-isotopes pour fins cliniques ou autres, et la réglementation en matière de sécurité dans la construction et le fonctionnement des réacteurs nucléaires. On entreprend des études sur les lieux au sujet des dangers des radiations découlant de l'utilisation de matériel radiologique dans l'industrie et les établissements de soins.

### LUTTE CONTRE LES MALADIES CONTAGIEUSES

Une des plus importantes fonctions des autorités sanitaires publiques est la lutte contre les maladies contagieuses. Cette lutte est assurée par des divisions particulières dans six ministères provinciaux de la santé et elle fait partie des fonctions d'un médecin dans les autres. Les succès de la lutte contre les maladies contagieuses et les problèmes qui restent à résoudre, ou qui sont nouveaux en cette matière, ont été soulignés au chapitre 5. Les programmes traditionnels d'immunisation, et en particulier les campagnes d'immunisation contre la poliomyélite par le vaccin Salk et le vaccin Sabin, sont de remarquables exemples de la collaboration efficace entre les divers échelons de gouvernement.

### CONTRÔLE DES ALIMENTS ET DES DROGUES

C'est l'une des plus anciennes fonctions du gouvernement dans le domaine de la santé; c'est aussi l'une des plus importantes et des plus difficiles à remplir. Comme les autres mesures de protection du milieu, elle est trop souvent considérée comme toute naturelle par le public.

Le gouvernement fédéral protège le public contre les dangers que peuvent causer à la santé la consommation des aliments et des médicaments, la fraude, l'étiquetage trompeur et la publicité fallacieuse, et aussi contre l'abus des stupéfiants et d'autres drogues qui peuvent être dangereuses, en appliquant la Loi sur les aliments et les drogues, la Loi sur les spécialités pharmaceutiques et les médicaments brevetés et la Loi sur les stupéfiants<sup>1</sup>.

### HYGIÈNE MATERNELLE ET INFANTILE

Les programmes de cette nature ont été fort encouragés à cause du taux de mortalité infantile qui, bien qu'en voie de diminution, reste encore trop élevé<sup>2</sup>. Les services provinciaux d'hygiène maternelle et infantile assurent

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Les activités dans le domaine des médicaments sont traitées aux chapitres 9, 16 et 17 <sup>a</sup> Voir chapitre 5.

la surveillance de la mère depuis le début de la grossesse jusque dans la période de l'état puerpéral, et celle de l'enfant depuis la naissance, en passant par le stade néonatal, la première enfance et les années pré-scolaires, jusqu'à la période scolaire comprise. Ces services sont très décentralisés grâce aux centres et aux services de santé locaux, mais presque toutes les provinces ont des divisions d'hygiène maternelle et infantile, ou bien emploient des consultants pour faire progresser les normes et fournir une aide technique. Les infirmières hygiénistes jouent un rôle de premier plan dans la prestation de services. Toutes les provinces ont des divisions ou des sections spéciales qui surveillent les soins infirmiers d'hygiène publique. Les services d'hygiène dentaire et de réadaptation font partie intégrante des programmes d'hygiène maternelle et infantile.

Ici, comme dans le cas des mesures d'hygiène dentaire (voir ci-après), nous trouvons un service dirigé par le gouvernement qui revêt un caractère préventif, mais qui est personnel dans une large mesure et qui complète ainsi les services fournis par les effectifs et les organismes du secteur privé.

### HYGIÈNE DENTAIRE

Les programmes d'hygiène dentaire sont principalement destinés aux enfants et aux bénéficiaires de l'assistance publique; ils sont administrés, pour la plupart, par les autorités locales dans le cadre de centres d'hygiène dentaire. Bien que la prévention de la carie dentaire soit le but primordial de ces programmes, la prestation de soins d'urgence aux enfants dont les parents sont incapables de payer est la fin première dans certaines régions. Des soins dentaires limités sont dispensés aux bénéficiaires publics dans cinq provinces: Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan, Manitoba et Ontario. Le service est assuré dans les régions isolées par des unités mobiles. La consultation en matière de fluoruration fait souvent partie des fonctions des divisions d'hygiène dentaire des ministères provinciaux de la santé.

### ENSEIGNEMENT DE L'HYGIÈNE

On reconnaît de plus en plus que cette fonction est une condition nécessaire au succès des mesures sanitaires et notamment des mesures préventives. Bien que toute personne travaillant dans le domaine de la santé doive plus ou moins contribuer à l'enseignement de l'hygiène, le besoin de professeurs à plein temps en matière de santé se fait de plus en plus sentir. Cela se voit bien à ce que la plupart des ministères provinciaux de la santé ont créé des divisions ou des centres spéciaux pour coordonner les programmes d'enseignement; la Nouvelle-Écosse agit dans ce domaine par l'intermédiaire de divers organismes.

### ALIMENTATION

C'est un important facteur pour le maintien de la santé; son importance a donné lieu à la création de services d'alimentation dans les ministères provinciaux et le ministère fédéral. Ces services comprennent les conseils techniques, l'enseignement, la consultation et la recherche et, dans certains cas, la direction de programmes de repas à l'école et la distribution de suppléments alimentaires<sup>1</sup>.

### LABORATOIRES D'HYGIÈNE PUBLIQUE

Ils s'occupent de faire des études sur le milieu et de lutter contre les maladies contagieuses. Les principaux genres de travaux exécutés par les laboratoires sont des travaux de microbiologie, de sérodiagnostic, de bactériologie, de pathologie clinique et de pathologie des tissus. Les études comprennent des examens de l'eau, du lait et d'échantillons de produit alimentaires, et aussi des recherches sur les maladies infectieuses d'origine bactérienne, virale, fongique et parasitaire.

Parmi les tendances récentes de quelques provinces, on remarque des efforts de coordination des services des laboratoires d'hygiène publique et des laboratoires d'hôpitaux, des mesures spéciales pour mettre des installations de laboratoire à la disposition des régions rurales et des systèmes visant à réduire le coût direct des actes de laboratoire clinique pour les particuliers. Il faut mentionner tout particulièrement les centres de laboratoire et de radiologie subventionnés par la province au Manitoba, ainsi que l'intégration aux hôpitaux et la normalisation des tarifs dans les provinces de l'Atlantique. Le champ du service gratuit s'est étendu au-delà des examens d'hygiène publique dans beaucoup de provinces et comprend maintenant les examens histopathologiques relatifs au cancer et divers autres travaux cliniques.

Le gouvernement fédéral dispose de différents laboratoires centraux qui se spécialisent dans les domaines suivants: hygiène du milieu et du travail, protection contre les radiations, génie sanitaire public, alimentation, bactériologie, produits biochimiques, contrôle des produits biologiques, chimie clinique, sérologie de la syphillis, lutte contre les virus et analyse des aliments et des drogues. Il existe aussi des laboratoires régionaux des aliments et des drogues dans cinq grandes villes du Canada<sup>2</sup>.

### RECHERCHE ET STATISTIQUES

Les activités poursuivies dans les ministères de la santé varient selon l'importance et les ressources du ministère, et aussi dans la mesure où l'on a conscience de la valeur de ces activités. On a toujours fait beaucoup de recherches techniques—par opposition aux recherches opérationnelles—en rapport avec les divers programmes mentionnés ci-dessus. La recherche opérationnelle qui essaie d'évaluer divers aspects des services de santé est d'origine relativement récente: elle résulte de l'incessante augmentation de la

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Association canadienne d'hygiène publique, *The Federal and Provincial Health Services in Canada, op. cit.*, et communication du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> Halifax, Montréal, Toronto, Winnipeg et Vancouver.

complexité et du coût de nos services de santé. Les études de cette nature, ainsi que les études épidémiologiques sur la maladie, exigent une statistique sûre et complète. Elle doit aussi être dressée de facon continue et fondée sur le principe de la comparaison. Alors que certaines séries statistiques, comme les statistiques de l'état civil, sont bien établies, la statistique de la santé au Canada, en particulier sur le plan national, est encore lamentablement insuffisante; ce fait a rendu la tâche de la Commission plus difficile à un bon nombre de points de vue. Certes, nous ne manquons pas de données. Il existe une impressionnante collection de statistiques de la santé, mais elles ne sont pas toujours fondées sur des critères clairement perceptibles, sauf peut-être sur le désir de produire de plus en plus de données<sup>1</sup>. L'utilité de ces données est, de plus, limitée par le décalage entre la période à laquelle elles se rapportent et le moment de leur publication. Ce sont là de graves lacunes, en particulier à une époque où d'importantes modifications sont en train de se produire dans la santé de nos citoyens et dans le complexe des services de santé. Des données complètes, précises et à jour qui indiquent ces changements sont indispensables à la planification nécessaire pour assurer la constante amélioration de l'état de santé de la population canadienne<sup>2</sup>. Nous pensons que les remarques de Titmuss au sujet de la statistique de la répartition du revenu au Royaume-Uni sont aussi pertinentes en ce qui concerne le domaine de la statistique de la santé au Canada.

Dans quelle mesure alors...sommes-nous en train de devenir prisonniers des constructions statistiques que nous avons bâties dans le passé pour y loger les données sociales de l'époque? L'attrait de la continuité dans l'analyse et la présentation de grandes qualités de données doit toujours être fort dans une société qui a le sens de l'histoire, et les statisticiens (comme les autres) ont bien leurs raisons particulières de ne pas vouloir changer. Leur goût de la stabilité et de l'ordre est renforcé lorsque ceux qui utilisent les résultats de leur travail ne savent pas se rendre compte qu'il a trait à une structure sociale différente et à des changements intervenus dans les relations économiques et institutionnelles<sup>3</sup>.

# Services de santé privés

En plus des services de santé assurés par les gouvernements, les hôpitaux, les professions de la santé, il existe de nombreux autres organismes qui s'occupent des soins aux malades et aux invalides. Ce sont des organismes privés qui assurent des services de santé personnels, bien que certains se consacrement totalement ou en partie à la collecte de fonds et à la recherche<sup>4</sup>. L'une des caractéristiques de ces services privés, si on les compare aux

<sup>2</sup> Nous nous proposons de traiter ce sujet de manière plus détaillée dans le volume II de notre rapport.

4 Nous traitons plus amplement ce sujet au volume II de notre rapport.

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Voir, par exemple, la prolifération de publications comme les suivantes: Bureau fédéral de la statistique, La Statistique des hôpitaux, vol. I et II, qui ces dernières années est devenue La Statistique des hôpitaux, vol. I à VI.

<sup>&</sup>lt;sup>3</sup> Richard M. Titmuss, *Income Distribution and Social Change*, Toronto, Presses de l'Université de Toronto, 1962, p. 192.

services des gouvernements, est l'inégalité de leur répartition, inégalité due au fait qu'ils dépendent plus de l'initiative privée quant à leur organisation et à leur fonctionnement.

Les organismes de santé considérés comme privés dans le présent contexte sont des organismes désintéressés, dirigés par un conseil d'administration privée1. Dans la plupart des cas, le principe dont se réclament ces organismes est que les services fournis doivent être financés, s'ils ne sont pas aidés par ailleurs, uniquement par des fonds publics ou par des fonds privés.

En ce qui concerne leurs buts et la nature de leur composition, on peut distinguer deux genres d'organismes de santé privés: 1º l'organisme dont les membres sont des particuliers, établi par des particuliers pour dispenser les services à d'autres gens et représentant la philanthropie privée sous sa forme familière; 2º l'organisme dont les membres sont des malades, établi par des malades, leurs parents ou leurs amis pour dispenser des services à ces mêmes malades<sup>2</sup>.

Beaucoup de ces organismes s'occupent de dépistage et notamment du dépistage précoce de la maladie ou de l'infirmité. Ils déterminent quels sont les services dont les malades ont besoin et adressent ces derniers aux sources de traitement, y compris le médecin de famille. Les centres de santé peuvent être mobiles ou non et, dans certains cas, leur fonction consiste à évaluer la fréquence de certaines affections et le besoin d'un service plus permanent.

Les organismes privés ont contribué aux soins hospitaliers en participant aux dépenses d'investissement et aux dépenses d'exploitation, aussi bien qu'en dirigeant certains établissements. Après l'avènement du programme d'assurance-hospitalisation, certains de ces organismes ont fourni des services supplémentaires aux hospitalisés et aux malades externes. Il en est ainsi en particulier dans le domaine des services antituberculeux et de réadaptation, aussi bien que des hôpitaux créés et dirigés par la Croix Rouge.

En matière de réadaptation, l'effort privé est aussi varié que les services de réadaptation eux-mêmes, qui vont des soins aux hospitalisés et aux malades externes dans des hôpitaux ou des centres spéciaux, à la formation et à l'instruction des handicapés et à la fourniture d'appareils de prothèse et de matériel. L'hospitalisation est devenue presque entièrement une responsabilité publique, mais les soins infirmiers à domicile sont encore donnés en grande partie par des organismes privés comme l'Ordre des infirmières Victoria. L'importance de ce service augmente en raison de l'attention de plus en plus grande accordée à l'organisation des soins à domicile et aux soins pré et postnataux<sup>3</sup>.

Le rôle des organismes privés en matière de soins psychiatriques et de traitement des personnes souffrant de troubles affectifs augmente au fur

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup>E. S. L. Govan, Les organismes de santé privés au Canada, étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964, chapitre I.

<sup>&</sup>lt;sup>8</sup> Les programmes de soins à domicile sont examinés en détail au chapitre 15.

et à mesure que l'administration des soins en établissement cède de plus en plus le pas à la création d'installations communautaires d'hygiène mentale. Ici encore la formation et l'instruction sont en partie assurées ou aidées par des organismes privés.

L'effort privé permet de dispenser certains soins dentaires dans des régions isolées ou à des enfants nécessiteux<sup>1</sup>.

Les services assurent parfois le transport entre le domicile du malade et les centres de traitement, aussi bien que l'hébergement des malades qui doivent attendre, sans être hospitalisés, qu'on leur dispense des services de diagnostic ou de traitement dans un lieu éloigné de leur domicile. Cette dernière mesure s'applique aux personnes handicapées qui fréquentent des écoles ou des classes spéciales.

Nous devons à l'effort privé un élément essentiel des services de santé du Canada: le service de transfusion du sang de la Croix-Rouge canadienne. L'objectif de ce service est de:

fournir gratuitement à chaque hôpital du Canada du sang entier, du plasma déshydraté, de l'eau distillée pour sa reconstitution et du matériel de transfusion aseptique, à la seule condition que l'hôpital s'engage à ne réclamer aucuns frais aux malades pour les transfusions qui leur sont ainsi faites².

Nous devons aussi à l'effort privé l'organisation de banques d'yeux et de tissus, ainsi que la préparation et la distribution de pansements, en particulier pour les cancéreux.

Bien que la fourniture de médicaments constitue un service que la plupart des organismes considèrent au-dessus de leurs moyens, mais les associations dont les membres sont des malades et les organismes dont les membres se recrutent dans l'ensemble de la population, contribuent activement à l'achat de médicaments, en particulier lorsque ces médicaments sont coûteux et qu'ils doivent être pris régulièrement. Les organismes privés contribuent aussi à fournir des appareils de prothèse et autres aux invalides temporaires ou permanents.

Le soin à domicile des malades, dans le cadre ou non d'un programme organisé, et la réadaptation des handicapés exigent toute une gamme de services auxiliaires dont un grand nombre sont assurés par l'effort privé En font partie notamment les services d'aide familiale, d'auxiliaire infirmière et d'autres services sociaux, ainsi que la fourniture de personnel et d'installations d'enseignement et de formation professionnelle, comme l'atelier protégé

¹ «Depuis septembre 1957, le Comité consultatif de la Jeune Croix-Rouge, qui fait partie de la Société canadienne de la Croix-Rouge, Division de la Saskatchewan, a tenu sept séances de consultation dentaire pour les enfants à Cumberland House et huit à l'Île à la Crosse, dans le Nord de la Saskatchewan. Ces consultations dentaires se déroulent dans le cadre d'une œuvre d'essai d'une durée de cinq ans. > Société canadienne de la Croix-Rouge, mémoire présenté à la Commission Royale d'enquête sur les services de santé, Toronto, mai 1962.

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> W. S. Stanbury, Origin, Development and Future of the Canadian Red Cross Blood Transfusion Service, Toronto, Croix-Rouge, 1961, pp. 9 et 10.

qui est un complément logique des nombreux services privés assurés aux handicapés pendant leur réadaptation. Leur but est de tâcher d'obtenir un emploi sur le marché du travail ou d'être un lieu de travail permanent pour ceux qui ne peuvent soutenir la concurrence sur le marché du travail. Un grand nombre d'handicapés sont capables d'exécuter divers genres de travail, mais ne peuvent supporter les conditions de vie habituelles de l'industrie ou du commerce; ils peuvent être incapables de se déplacer entre leur domicile et le lieu de travail ou d'utiliser les machines ou le matériel ordinaires, ou ils peuvent avoir besoin de plus longues périodes de repos ou d'autres dispositions spéciales. Le rôle de l'atelier protégé consiste à leur permettre de travailler dans ces conditions particulières: il offre «un travail exempt des tensions de la concurrence»1. On s'y préoccupe surtout de faire en sorte que le milieu de travail soit adapté à l'état du travailleur handicapé. La nature du travail elle-même varie depuis les travaux de routine n'exigeant qu'un minimum de savoir-faire et de force jusqu'à la production d'articles «d'une haute qualité artistique»<sup>2</sup>. On évalue à 3,500 environ le nombre des personnes qui sont aidées par ces ateliers3.

Ce qu'on a déjà dit du besoin d'améliorer la coordination entre les services de santé en général est aussi valable pour les nombreuses formes que revêt l'effort privé dans ce domaine. Les organismes privés, du fait même de leur nature, naissent grâce à l'initiative de groupements et de particuliers qui reconnaissent certains problèmes et besoins de la communauté. Ils se préoccupent donc principalement de répondre à un besoin particulier. La complexité grandissante de nos problèmes de santé et celle des services créés pour les résoudre font qu'il est de plus en plus difficile d'isoler les divers besoins et les diverses activités destinées à y répondre.

L'effort privé, néanmoins, a le grand mérite de reconnaître les besoins et de prendre des mesures souvent bien avant que des services publics soient établis. L'histoire des services de santé des gouvernements abonde en exemples d'initiatives privées qui ont précédé l'intervention active des gouvernements. Les services antituberculeux et la construction des hôpitaux en sont des exemples. Cela montre aussi qu'il est essentiel que les organismes privés continuent à fonctionner dans les secteurs de la santé dont s'occupent les gouvernements. Dans les domaines de la lutte antituberculeuse et de la construction des hôpitaux, dont il a déjà été question à titre d'exemples de domaines où les services privés fonctionnent depuis très longtemps sur une grande échelle, ces services ont continué à fournir leur importante contribution longtemps après que le gouvernement eut assumé un rôle beaucoup plus important. Le service des infirmières visiteuses est un autre service qu'assure l'initiative privée depuis longtemps, même si les organismes publics recourent de plus en plus à l'infirmière visiteuse. Au nombre des organismes privés dont nous reconnaissons et soulignons ainsi l'apport se

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup>K. S. Armstrong, The Sheltered Workshop in the Rehabilitation Process, dans Rehabilitation in Canada, ministère du Travail, Ottawa, Imprimeur de la Reine, été 1962, p. 5.

<sup>8</sup> Marina Creations, dans Rehabilitation in Canada, Ibid., p. 14.

<sup>8</sup> Chiffre du ministère du Travail.

trouvent non seulement ceux qui fournissent des services directs, mais aussi ceux qui se consacrent à l'éducation du public ou à la recherche. Il ne faut pas non plus oublier la contribution de l'effort privé à la solution du problème du financement des services de santé. Il peut souvent y avoir des limites à ce que l'initiative privée peut réaliser, limites qui peuvent parfois exiger que les organismes publics fournissent une aide importante à un régime privé ou prennent complètement en charge le programme de ce dernier. Mais nous sommes convaincus que les organismes privés continueront à rendre des services essentiels à la santé:

- (1) en déterminant les secteurs qui présentent des problèmes et en attirant l'attention sur eux,
- (2) en assurant rapidement au moins certains secours,
- (3) en établissant des méthodes permettant de résoudre certains problèmes, et
- (4) en participant avec le gouvernement à certains programmes.

Il serait difficile d'exagérer la compétence de l'initative privée et des organismes privés dans le domaine de la santé. Néanmoins, dans un champ d'action aussi complexe que celui-là, il est essentiel que la coordination entre les organismes privés et que leur collaboration avec le gouvernement soient de plus en plus poussées. Nous reprenons la question dans le volume II du présent rapport.

## Autres services communautaires

Nous désirons insister sur les rapports entre les services de santé et les autres services communautaires. Nous ne pouvons examiner en détail ces autres services, mais ils constituent un élément important d'un ensemble intégré de services de santé.

Ces services supplémentaires comprennent les services fournis par les organismes publics de bien-être, les travailleurs sociaux et les aides familiales et toute la gamme des services nécessaires pour établir et faire subsister le malade et les siens dans la communauté, y compris les services de placement des réadaptés dans des emplois qui leur conviennent. La coordination efficace de tels services avec un programme de soins de santé bien organisé est indispensable, si l'on veut réaliser des progrès raisonnables en faisant le meilleur emploi de toutes les ressources du pays.

# Services de santé pour certains groupes

Certains services sont exclusivement à l'usage des membres de secteurs particuliers de la population, comme les militaires, les anciens combattants, les Indiens, des groupe d'employés, y compris les accidentés du travail.

L'organisme, sous la direction duquel sont assurés ces services, diffère d'un groupe à l'autre. Il en est de même de la nature des services et des modalités selon lesquelles ils sont dispensés. Nous nous occupons principale-

ment ici des services expressément réservés à un certain groupe et dont ne peuvent en général bénéficier les autres membres de la communauté. À l'exception des militaires, les membres de ces groupes peuvent être traités par un médecin employé ou dans un hôpital dirigé par l'organisme particulier dont dépend le groupe. Pour certaines affections ou dans certaines régions, on peut renvoyer le malade aux services communautaires généraux qui seront ensuite remboursés. Les soins de santé aux Indiens en particulier sont actuellement à un stade de transition; la responsabilité de ces soins passe progressivement des Services de santé des Indiens du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social aux services généraux de santé des provinces.

Nous avons fait allusion plus haut aux services d'hygiène industrielle assurés par le gouvernement, mais l'industrie s'occupe maintenant de la santé générale des travailleurs. Pendant la Seconde Guerre mondiale, le besoin de maintenir la production industrielle à son maximum malgré la réduction de l'effectif des travailleurs a attiré l'attention sur l'importance de la santé des personnes travaillant à la production de guerre et sur l'importance de maintenir au minimum l'absentéisme pour cause de maladie. Il y a toujours eu au moins quelques services de santé dans les villes patronales et les autres lieux comparables des régions isolées où les services de santé communautaire établis étaient assurés par l'industrie locale. Depuis la Seconde Guerre mondiale, l'industrie s'est de plus en plus préoccupée de la santé générale de ses travailleurs, y compris ceux des cadres, bien que les motifs de cette préoccupation aient progressivement évolué. Les employeurs et les syndicats ouvriers se sont mis à tenir compte non plus seulement de l'intérêt de maintenir la productivité à un niveau élevé, mais aussi du fait que la population est devenue de plus en plus consciente de l'importance de la santé et des services de santé pour notre société. Cela a amené non seulement le développement de l'assurance-maladie collective, mais aussi l'établissement par les industries de certains services de santé destinés à leurs employés. Toutefois les établissements industriels des régions isolées sont encore à peu près les seuls à fournir une large gamme de services de santé. La plupart des services de santé assurés par l'industrie sont conçus de manière à ne pas faire double emploi avec les services médiciaux et hospitaliers existants mais plutôt à les compléter par des services d'urgence et de consultation, tout en laissant le traitement même au médecin exerçant à titre privé. Les installations établies par les syndicats ouvriers sont de nature différente, mais sont aussi principalement destinées à des groupes particuliers d'employés et à leurs familles. Le centre récemment organisé à Sault-Sainte-Marie (Ontario) en est un remarquable exemple.

# Services de santé dans les régions éloignées

Dans les régions éloignées, la situation est essentiellement différente de celle que nous avons décrite pour le reste du pays, et nous tenons à insister particulièrement sur ce point. Par régions éloignées, nous entendons principalement les territoires du Nord, et la plupart des données dont nous disposons concernent ces régions. Mais la santé et les conditions sociales sont identiques des deux côtés d'une frontière administrative, et une grande

partie de ce que nous disons à propos du Yukon et des Territoires du Nord-Ouest est aussi vraie pour les régions septentrionales et éloignées des provinces, en particulier pour Terre-Neuve.

La plupart des critères établis pour définir des services de santé suffisants pour le Sud du Canada ne s'appliquent pas au Nord, où le service doit faire face à des conditions plus rigoureuses: taux de morbidité et de mortalité plus élevés, population beaucoup plus disséminée sur un territoire plus inaccessible, climat généralement plus dur, moyens de transport plus limités et moyens de communication insuffisants<sup>1</sup>.

Les données suivantes donnent une idée de la situation, mais il faut interpréter ces chiffres en tenant compte du climat, des difficultés de transport et de communication et des conditions sociales.

TABLEAU 8-12 SERVICES DE SANTÉ DU YUKON ET DES TERRITOIRES DU NORD-OUEST, 1962

Article	Yukon	Territoires du Nord-Ouest	Total
Superficie totale (milles carrés) Population	207,076 15,000	1,304,903 24,000	1,511,979 39,000
Lits d'hôpital (total)	170	576	746
Lits d'hôpital dans les postes soignants (compris dans le total)	8	67	75
Médecins	•	19	31
Dentistes		5	10
Infirmières licenciées		90	142
Personnel paramédical	30	78	108

Source: Service de santé du Nord, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, La santé dans le nord du Canada, mémoire présenté à la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, novembre 1962, et Bureau fédéral de la statistique, Annuaire du Canada, 1962, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1962.

Voilà les services dont dispose une région couvrant environ 40 p. 100 de la superficie totale du Canada, habitée par environ un cinquième de 1 p. 100 de la population du pays. Il est évident que dans ces circonstances, on doit appliquer des normes différentes en ce qui concerne les ressources de la santé: le voyage qu'il faut faire pour se rendre à un hôpital est beaucoup plus difficile et coûte souvent bien plus cher; il faut réserver proportionnelle-

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Service de santé du Nord, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Régime des services de santé, Territoires du Nord-Ouest, de 1962 à 1967 (revisé), Ottawa, le Ministère, février 1962.

ment plus de lits pour les urgences imprévues; les infirmières et les médecins soignent moins de gens dans le Nord à cause du temps employé à voyager, à déballer le matériel et à aménager des locaux pour le travail d'hygiène publique ou de traitement<sup>1</sup>.

Dans les régions isolées, il se peut que les ressources de santé se composent uniquement d'un coffret à médicaments renfermant des fournitures suffisantes pour parer aux urgences dans des conditions rudimentaires. Il peut y avoir, parmi les gens de l'endroit, une personne ayant des connaissances suffisantes de l'hygiène élémentaire, de la salubrité, du secourisme et des soins à domicile pour parer à la situation jusqu'à ce qu'on puisse obtenir l'aide ou les conseils d'un professionnel de la santé.

Dans les centres de peuplement plus importants, ou à proximité de ces centres, c'est l'infirmière, travaillant dans son poste de secours ou à partir de ce poste, qui fournit tous les services de santé assurés à la population, qu'il s'agisse de prévention ou de traitement. Par suite de son isolement, l'infirmière doit aussi assumer une part de responsabilité bien plus grande que la normale. Elle peut parfois compter seulement sur les directives que lui fournit par radio un médecin qui se trouve à plusieurs centaines de milles. Il est clair que le service dans de telles conditions exige non seulement une grande compétence professionnelle, mais aussi un idéal élevé, qualités qui sont l'une et l'autre très développées parmi les infirmières des régions éloignées.

Les problèmes logistiques de transport et de communication, de contact entre le malade et le personnel de la santé, d'établissement d'installations sanitaires et de ravitaillement en fournitures sont exceptionnellement difficiles à résoudre à cause des distances, des frais et des problèmes techniques posés par la toundra, le pergélisol et les rudes conditions climatiques. Même lorsqu'un avion est prêt à prendre un malade, l'infirmière ou un médecin, les conditions météorologiques peuvent retarder le départ pendant une semaine ou plus.

Les difficultés que présentent ces vastes espaces dénudés augmentent à mesure que l'on monte vers le Nord. On les rencontre dans les régions septentrionales de Terre-Neuve et du Labrador, du Québec, de l'Ontario et même au sud du 60° parallèle dans les provinces de l'Ouest. La population de plus en plus clairsemée, le manque de communications, une économie en grande partie limitée à la pêche, à la chasse, au piégeage et à l'exploitation de ressources minérales clairsemées, aussi bien que le rude climat, tout cela distingue ces régions des régions du Sud à population plus dense. Ces facteurs engendrent des difficultés pour les administrations provinciales de ces régions, et particulièrement pour la Division de la santé du Nord² qui administre les services de santé dans ces régions.

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Service de santé du Nord, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, La santé dans le nord du Canada, mémoire présenté à la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, novembre 1962, et Bureau fédéral de la statistique, Annuaire du Canada, 1962, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1962, p. 238.

<sup>2</sup> Qui fait partie du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.

Les chiffres ci-dessous sont fondés sur le tableau 8-12 et comparent la proportion des services de santé par rapport au nomble d'habitants dans les territoires et dans l'ensemble du Canada:

Article	Yukon	Territoires du Nord-Ouest	Canada*
Lits d'hôpital par 1,000 habitants	11.3	24.0	10.8
	1,250	1,263	857
	3,000	4,800	3,108
	288	267	296

<sup>\*</sup>Données de 1961 pour le Canada, données de 1962 pour le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest.

La densité de la population par mille carré est de 0.07 dans le Yukon, de 0.01 dans les Territoires du Nord-Ouest et de 7.7 dans la région située dans les limites des provinces. Lorsqu'on compare les chiffres des Territoires à ceux du Canada, il faut se rappeler que, au Yukon, il y a environ 14 milles carrés pour chaque habitant et qu'il y en a 55 pour chaque habitant dans les Territoires du Nord-Ouest.

La nécessité de transporter des malades ou du personnel de la santé souvent à plusieurs centaines de milles dans bien des cas crée des difficultés non seulement logistiques, mais aussi économiques. Dans l'Arctique oriental et central, l'avion est l'unique moyen de communication, et les frais varient de 10 cents à \$1 du mille. Au Yukon, on peut se rendre en de nombreux endroits par la route, mais ce mode de déplacement prend beaucoup de temps et pose de graves problèmes en cas d'urgence1.

Les médecins du Yukon estiment que les services de santé qui dépendent actuellement de l'administration fédérale devraient être confiés à l'administration provinciale<sup>2</sup>. Ils sont en faveur d' «un mode d'exercice fondé sur la libre entreprise» avec assurance médicale3, mais ils insistent aussi sur l'aide du gouvernement en ce qui concerne, par exemple, les allocations de déplacement<sup>4</sup>, à cause du temps et des dépenses qu'exigent les visites aux régions éloignées. Ils proposent aussi qu'on accorde des subventions pour inciter les médecins à demeurer ou à s'établir à certains endroits<sup>5</sup>. On devrait encourager aussi les visites de spécialistes en subventionnant leurs déplacements<sup>6</sup>.

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup>Voir, par exemple, les procès-verbaux des Audiences de la Commission royale d'enquête sur les services de santé, vol. nº 69.

<sup>2</sup>L'Association des médecins du Yukon, mémoire présenté à la Commission royale

d'enquête sur les services de santé, Whitehorse, 1963.

<sup>8</sup> Ibid. 4 Ibid.

<sup>5</sup> Ibid.

<sup>&</sup>lt;sup>6</sup> Ibid.

Le problème des distances et des services à assurer aux petites communautés et aux populations clairsemées est encore plus aigu dans les Territoires du Nord-Ouest où la participation de la Division de la santé du Nord canadien tant aux services d'hygiène publique qu'aux services de traitement est d'autant plus grande. Ces services ont été grandement renforcés depuis la création, en 1954, de la Division des services de santé du Nord canadien au ministère de la Santé nationale et du Bien-être social. Le Service de santé du Nord a établi des plans en vue du développement des services de santé dans le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest au cours de la période de 1962 à 1967; ces plans ont été approuvés par le Comité interministériel des relations financières fédérales-territoriales<sup>1</sup>.

En outre, la possibilité de réussir à vaincre quelques-uns des handicaps dus aux distances et aux difficultés d'accès a été démontrée dans certaines régions septentrionales des provinces, par exemple, par le service aérien d'ambulance de la Saskatchewan et, à Terre-Neuve, par le service d'avions affrétés et par la clinique flottante<sup>2</sup>.

### RÉSUMÉ DE LA SITUATION

Dans le présent chapitre, nos avons brossé un aperçu des installations de santé qui se sont implantées et qui existent maintenant; nous avons aussi indiqué un peu les transformations qui se produisent dans les méthodes et les besoins. Le régime traditionnel, qui consiste à traiter les malades mentaux et les tuberculeux dans des institutions isolées, disparaît lentement à mesure que le traitement de ces malades s'intègre à l'activité des hôpitaux généraux. Les hôpitaux généraux eux-mêmes prennent de l'expansion et se concentrent lentement dans les régions urbaines, à mesure que la population du pays quitte peu à peu les régions rurales. Il se produit encore des changements importants dans le complexe des hôpitaux généraux du fait du fonctionnement du Régime de l'assurance-hospitalisation et des services de diagnostic. Ces changements sont dus en partie aux effets de l'intégration des services de traitement des maladies mentales et de la tuberculose dans les services généraux de santé, mais aussi à l'apparition de nouveaux concepts en ce qui concerne la relation entre le malade et l'hôpital, comme en témoignent le soin progressif des malades, les services de réadaptation et les programmes de soins à domicile3.

Les besoins que la situation nouvelle signifie pour l'avenir sont discutés aux chapitres 14 et 15.

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Service de santé du Nord, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Plan des services de santé, Territoires du Nord-Ouest 1962-1967 (revisé), Ottawa, le Ministère, juin 1961, et Plan des services de santé, Territoire du Yukon 1962-1967 (revisé), Ottawa, le Ministère, 1962.

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup>Les services de santé du Nord seront étudiés davantage dans le volume II du présent rapport.

<sup>&</sup>lt;sup>3</sup> L'organisation des services de santé et surtout le rôle changeant des hôpitaux dans les programmes de santé communautaires sont discutés dans le volume II.

## Les médicaments en tant que service de santé

Le présent chapitre traite des médicaments dans le cadre du complexe de la santé. Alors que les autres composantes principales de ce complexe, c'est-à-dire les professions et les institutions de la santé, fournissent en général des services au Canada même, les médicaments constituent des biens provenant d'une industrie qui dépend en grande partie de l'importation et est pour une bonne part dirigée de l'étranger. Il nous a donc fallu étudier certains problèmes particuliers auxquels nous devons faire face au Canada quant à la production, à la distribution et à la qualité des médicaments, et présenter des conclusions relatives à ces problèmes.

Les soins de santé constituent un service intégré dont l'objet est de protéger et d'améliorer la santé et la nation. La distribution de médicaments ou de produits pharmaceutiques à ceux qui en ont besoin pour leur santé en est un rouage essentiel<sup>1</sup>. Il y a lieu de distinguer entre les médicaments qui sont prescrits et ceux qui ne le sont pas. Comme nous l'indiquerons plus loin, diverses personnes attachent des sens différents à l'expression «médicaments prescrits»; à moins qu'une autre définition n'en soit donnée, elle désigne les produits pharmaceutiques prescrits par un médecin, un dentiste ou autre praticien dûment habilités à exercer au Canada<sup>2</sup>. Les médicaments non prescrits ou «spécialités médicales», sont les médicaments que le consommateur achète directement du distributeur, le plus souvent un détaillant, sans ordonnance du médecin ou du dentiste. Ils couvrent toute la gamme allant des aspirines aux tranquillisants. La vente de ces médicaments tient surtout à «l'auto-médication», c'est-à-dire que c'est le consommateur qui les

¹ Nous entendons par médicament une substance chimique ayant des propriétés thérapeutiques. On trouvera au présent chapitre d'autres explications sur le sens de cette définition.

² Les médicaments sont presque toujours prescrits par des médecins. Règle générale, le dentiste les achète au fur et à mesure qu'il en a besoin pour soigner ses clients. Le coût des médicaments servant aux traitements dentaires se trouve donc inclus la plupart du temps dans les honoraires du dentiste. Voici ce qu'en dit le Comité spécial de l'Assemblée législative de l'Ontario: «Le dentiste ne prescrit que rarement des médicaments et ceux qu'il utilise ont une réputation bien établie» ... «On estime à un million de dollars environ le coût total des médicaments utilisés par les dentistes en Ontario; cela ne représente qu'une bien faible part du coût total des frais pharmaceutiques de la province.» (Rapport du Comité spécial de l'Assemblée législative de l'Ontario sur le coût des médicaments, Toronto, 26 avril 1963, p. 20.) Les «autres praticiens» comprennent les ostéopathes, les pédicures, etc. habilités en vertu de lois provinciales.

choisit et en détermine la quantité<sup>1</sup>. Les dépenses de cette catégorie ont atteint de fortes proportions ces dernières années; elles représentent un chiffre d'affaires annuel dépassant largement 200 millions de dollars<sup>2</sup>, soit de 56 à 58 p. 100 de la somme totale affectée aux médicaments au Canada<sup>3</sup>.

La prodigieuse évolution qu'a connue la médecine depuis vingt ou trente ans n'aurait pas été possible si elle ne s'était accompagnée des progrès remarquables et, dans certains cas, des découvertes qui ont abouti à la composition de nouveaux médicaments et à la mise au point de produits pharmaceutiques améliorés qui aident le médecin à combattre et très souvent

à prévenir maladies et affections.

L'usage efficace et judicieux des médicaments a permis non seulement d'améliorer la santé de la nation, mais aussi de récolter de plus grands avantages économiques des services de santé. Grâce à l'usage de médicaments nouveaux, les médecins ont pu remettre leurs clients sur pied plus tôt et, dans certains cas, éviter ou atténuer les effets de maladies graves<sup>4</sup>. L'état de santé de la nation étant meilleur, la productivité du travail a augmenté. Une thérapeutique nouvelle ou améliorée, en permettant de renvoyer plus tôt des malades hospitalisés, a réduit le nombre de jours d'une coûteuse hospitalisation, économie très appréciable étant donné l'augmentation rapide du coût des soins hospitaliers<sup>5</sup>.

Les nombreux avantages qu'a valus aux Canadiens l'atténuation ou la prévention de souffrances humaines ont encore plus d'importance que les avantages économiques. De plus, dans l'arsenal de la profession médicale, les médicaments sont devenus une arme d'une valeur inestimable pour la

<sup>2</sup> Un calcul très approximatif établit entre 200 et 210 millions la somme affectée au Canada, en 1961, aux spécialités médicales. Les dépenses de cette catégorie ont continué d'augmenter et il est probable qu'elles dépasseront largement 200 millions en 1963. Voir aussi la

page 351 du présent chapitre.

<sup>3</sup> Voir la page 351 du présent chapitre.
<sup>4</sup> L'insuline, les sulfamides, la pénicilline et la vitamine B<sub>12</sub> en sont des exemples.

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup>Le Dr C. A. Morrell, fonctionnaire supérieur du Directorat des aliments et drogues, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, a signalé que la Loi sur les aliments et drogues comporte une disposition bien particulière qui tend à détourner de l'auto-médication. La loi «interdit d'annoncer au public quelque aliment, drogue, instrument, ou même cosmétique, comme pouvant traiter, prévenir ou guérir n'importe laquelle d'une longue liste de maladies graves. On croit, à bon droit, que toute personne atteinte de n'importe quelle de ces maladies devrait consulter son médecin, qui pourra établir le diagnostic et instituer le traitement. On croit, en outre, que les gens qui ont quelque chose à vendre ne doivent pas encourager les profanes à diagnostiquer leurs propres maladies et à se traiter eux-mêmes pour ces troubles graves. Bien plus, le seul fait de retarder la consultation du médecin peut avoir des conséquences sérieuses, voire même fatales. Je crois que cet aspect de la loi canadienne est unique au monde. (Déclaration du Dr C. A. Morrell, reproduite dans les Procès-verbaux et témoignages, nº 4, Comité spécial des aliments et drogues, Chambre des communes, Ottawa, 5 février 1963, p. 145.)

<sup>&</sup>lt;sup>6</sup> Le gouvernement du Manitoba déclare dans son mémoire: «Les progrès et améliorations rapides de la thérapeutique ces dernières années ont réduit l'incidence et la gravité de certaines maladies et ont permis de soigner plus de malades à domicile. Ainsi, le programme de santé publique a entraîné une réduction du nombre de lits d'hôpital nécessaires au traitement des malades mentaux. On estime que 30 p. 100 des médicaments achetés par les hôpitaux pour maladies mentales de Selkirk et de Brandon sont utilisés pour des malades soignés dans le cadre d'un programme de santé publique.» (Gouvernement du Manitoba, Mémoire présenté à la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Winnipeg, janvier 1962, p. 47.)

lutte contre les maladies et les troubles affectifs. Depuis vingt ans surtout, les progrès de la thérapeutique ont été phénoménaux. La plupart sont venus de pays hautement industrialisés comme les États-Unis et le Royaume-Uni. Les Canadiens ont participé à cette évolution. L'allure dynamique des progrès réalisés dans le domaine des médicaments est attestée par des estimations selon lesquelles 90 p. 100 des produits pharmaceutiques prescrits en 1960 dataient des vingt dernières années; 40 p. 100 d'entre eux n'auraient pas pu être prescrits en 1954¹.

Les principaux progrès de la thérapeutique ont grandement influencé depuis vingt ans l'exercice des professions qui s'occupent de la santé, en particulier la médecine et la pharmacie, de même que l'activité hospitalière et le régime de production et de distribution de l'industrie des médicaments.

Le rapport traditionnel entre le médecin et le fabricant de produits pharmaceutiques s'est transformé. Comme autrefois, lorsqu'il doit prescrire un médicament, le médecin est toujours seul à décider. Mais aujourd'hui, la complexité croissante des combinaisons de médicaments et le grand nombre de nouveaux produits pharmaceutiques offerts sur le marché, le manque de temps pour étudier assez à fond tous les imprimés portant sur les progrès de la pharmacopée ainsi que l'absence d'un Formulaire pharmaceutique canadien à jour obligent beaucoup de médecins à s'en remettre de plus en plus à la documentation publicitaire des fabricants qui leur parvient en un flot ininterrompu de brochures, avis, échantillons, matériel publicitaire et visites de représentants<sup>2</sup>.

Le rôle du pharmacien a évolué. La complexité croissante de la pharmacologie d'application médicale a obligé les universités à étoffer davantage leurs cours et les normes exigées pour le diplôme en pharmacie sont maintenant plus élevées que jamais. En outre, les pharmaciens détaillants sont appelés de plus en plus à substituer les médicaments «génériques», à plus bas prix et d'égale qualité, aux médicaments de marque commerciale plus coûteux³. On attend donc des pharmaciens une plus grande compétence professionnelle. En même temps, la pratique de la préparation des médicaments par le pharmacien a évolué. Les composés pharmaceutiques préfabriqués remplacent dans une large mesure la composition des médicaments par le pharmacien; le service en est réduit à une simple question d'emballage⁴.

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup>Herman M. Somers, Ann R. Somers, *Doctors, Patients and Health Insurance*, Washington, D.C., The Brookings Institution, 1961, p. 24.

Une étude américaine expose en ces termes le problème avec lequel les médecins sont aux prises aux États-Unis: «Au lieu de fournir les produits que le médecin commande, c'est le fabricant qui lui dit maintenant ce qu'il doit prescrire et pourquoi»... Le D' Walter Modell, du Collège de médecine de l'Université Cornell déclare: «Les effets nocifs de certains médicaments nouveaux employés en thérapeutique ont déjà atteint des proportions alarmantes; ainsi ils répondent pour 5 p. 100 de 1,000 admissions consécutives à l'un des grands hôpitaux de la ville de New-York. La prescription inconsidérée d'antibiotiques a eu de graves conséquences.» (Somers, *Ibid.* pp. 97-98.)

<sup>&</sup>lt;sup>8</sup> Voir, par exemple, la modification apportée en 1962 à la Loi sur l'Association des pharmaciens de l'Alberta par l'Assemblée législative de l'Alberta.

Voir aussi le chapitre 16.

L'usage plus répandu des ordonnances et le coût plus élevé des médicaments nouveaux ont largement contribué à l'augmentation du coût des services hospitaliers. Ce phénomène est contrebalancé dans une certaine mesure, par l'amélioration de la qualité des services de santé et par certaines économies, par exemple, dans certains cas où les malades peuvent quitter l'hôpital plus tôt. La somme des médicaments utilisés dans les hôpitaux par journée d'hospitalisation est le triple environ de ce qu'elle était avant la seconde Grande Guerre<sup>1</sup>. En médecine préventive<sup>2</sup> et dans la lutte contre les maladies mentales<sup>3</sup>, on a de plus en plus recours aux médicaments. La thérapeutique a largement contribué à réduire la durée moyenne du séjour à l'hôpital, sujet que nous étudierons plus en détail aux chapitres 8 et 14.

Dans la plupart des pays industrialisés, l'industrie pharmaceutique a poussé très loin l'organisation de la vente de ses produits. Cela tient partiellement à la mise sur le marché de produits réellement nouveaux ou améliorés et partiellement à une désuétude «systématique». «La production de centaines de produits est précipitée ou interrompue avant que le médecin moyen ait le temps d'en déterminer les avantages et les limites<sup>4</sup>.» Ce sujet est discuté plus à fond au chapitre 16, à la rubrique portant sur «Le médecin et l'ordonnance». La distribution trop hâtive de médicaments nouveaux a abouti dans certains cas à des résultats tragiques, comme les enfants difformes nés de mères traitées à la thalidomide.

Le présent chapitre porte sur le rôle des médicaments dans un service moderne de santé, sur l'intérêt de plus en plus grand du public pour la question des médicaments ainsi que sur leur usage et leur coût. Nous y faisons le relevé des sommes affectées aux médicaments et des moyens de financement de ces achats. Étant donné les enquêtes menées par un comité permanent de la Chambre des communes<sup>5</sup> et les mesures déjà prises par le ministre de la Santé et du Bien-être pour mieux réglementer l'application de la Loi sur les aliments et drogues, nous ne nous arrêtons que très brièvement à quelquesunes des questions les plus importantes relatives à la qualité des médicaments.

Le chapitre 16 porte sur l'industrie pharmaceutique et le chapitre 17 évalue le coût et les prix des médicaments. Nous présentons au chapitre

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Cette observation repose sur une étude américaine indiquant les nombres suivants d'ordonnances par journée d'hospitalisation: 1938, 0.53; 1948, 0.98; et 1958, 1.32. (Walter J. McNerney et autres, *Hospital and Medical Economics*, Chicago, The Lakeside Press, 1962, Tableau 277, p. 619.) On nous a informés que la somme de médicaments utilisés par journée d'hospitalisation continue d'augmenter et que les tendances observées dans les hôpitaux américains s'appliquent aussi aux hôpitaux canadiens.

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> L'usage presque universel du vaccin antipoliomyélitique chez les enfants au Canada en est un exemple.

<sup>&</sup>lt;sup>8</sup> Voir aussi le chapitre 5. <sup>4</sup> Somers, op. cit., p. 97.

<sup>&</sup>lt;sup>5</sup> Comité spécial des aliments et drogues, Chambre des communes, Procès-verbaux et témoignages, n° 1, 19 décembre 1962 à n° 4, 5 février 1963, première session—25° Parlement, 1962-1963, pp. 2-52; Procès-verbaux et témoignages, n° 1, 1° août 1963 et procès-verbaux subséquents, première session—26° Parlement, 1963, p. 1 et suivantes.

2<sup>1</sup> nos recommandations quant à la mise sur pied d'un vaste programme relatif aux médicaments prescrits et aux questions de coût, de prix et de qualité des médicaments.

### DÉFINITION DES MÉDICAMENTS

Les médicaments sont un groupe de substances qui entrent dans la catégorie générale des produits chimiques. Les produits chimiques et les substances analogues deviennent des médicaments si leur définition répond à celle que la Loi sur les aliments et drogues donne d'un médicament. Par exemple, le chlorure de sodium ou le sel ordinaire est un produit chimique qui devient un aliment quand on l'utilise pour le marinage des viandes. Par ailleurs, il devient un médicament si on le fait dissoudre dans l'eau pour s'en servir en injection intraveineuse. Dans le cas de certains médicaments, les produits biologiques, par exemple, il arrive souvent que le principe chimique actif ne soit pas connu tandis que, pour la grande majorité des médicaments, le principe actif peut être défini en fonction de la nomenclature chimique reconnue. Il existe des séries de règles uniformes pour la description des composés chimiques. Beaucoup de noms chimiques sont incommodes; pour surmonter cette difficulté on a établi une nomenclature pharmaceutique. Cependant, pour identifier un médicament, on se reporte toujours au nom chimique comme norme de référence et il se peut qu'un nouveau médicament ne soit connu que sous ce nom tant qu'on ne lui a pas trouvé un nom courant reconnu.

L'article C.01.001(b) des Règlements découlant de la Loi sur les aliments et drogues définit le «nom courant» d'un médicament comme celui sous lequel ce médicament est communément désigné en anglais ou en français. Donc, tant qu'un nom reconnu n'a pas été choisi, c'est l'appellation chimique du médicament qui en est le nom courant. Le nom reconnu d'un médicament est celui qu'a choisi un organisme officiel s'occupant de médicaments, par exemple, le Directorat des aliments et drogues, la Pharmacopée britannique ou la Pharmacopée américaine ou internationale; au Canada, on l'appelle le «nom propre».

L'expression «nom propre» semble particulière au Canada. Dans les autres pays, on a recours à une expression différente pour désigner la même chose. La Commission de la Pharmacopée britannique se sert de l'appellation «nom approuvé» tandis que l'Organisation mondiale de la santé, de qui relève la Pharmacopoeia Internationalis, emploie la désignation «nom international non breveté». La Commission de Revision de la Pharmacopée américaine a collaboré avec le Conseil de la pharmacie de l'Association médicale américaine à l'établissement de noms officiels pour les médicaments. Auparavant, la Commission de la pharmacie de l'Association médicale américaine employait le «nom générique» comme nom scientifique abrégé d'usage

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Voir chapitre 2, recommandations 58-82.

général servant à prescrire, désigner et identifier des médicaments aux noms chimiques incommodes. A toutes fins pratiques, les expressions «nom propre», «nom approuvé», «nom adopté», «nom de la pharmacopée», «nom international non breveté» et «nom générique» sont des synonymes pour les gens du métier.

Quand un fabricant désire distribuer un nouveau médicament au Canada, il doit se conformer aux dispositions de la Loi sur les aliments et drogues. Plus loin dans le présent chapitre, nous donnons plus de détails sur ces dispositions. Comme définition d'un médicament «nouveau», nous adoptons ici celle qu'a donnée le D<sup>r</sup> C. A. Morrell, fonctionnaire supérieur du Directorat des aliments et drogues, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, devant le Comité spécial des aliments et drogues de la Chambre des communes:

Plusieurs raisons déterminent si une drogue peut être appelée une nouvelle drogue. La première, probablement celle qui nous vient tous à l'esprit, est la nouvelle structure chimique jusqu'alors inutilisée en médecine. Bien qu'elle puisse être connue, cette composition peut ne pas avoir été employée; elle peut aussi avoir été perfectionnée à des fins uniquement médicales. Si ces drogues apparaissent maintenant sur le marché, c'est que l'industrie pharmaceutique s'intéresse à l'exploitation de nouveaux produits. S'il s'agit d'un nouveau composé, on a, bien entendu, une nouvelle drogue. Une combinaison de drogues connues, jusqu'alors inutilisée sous cette forme, est aussi une nouvelle drogue. Il peut parfois s'agir d'une combinaison de plus de deux drogues bien connues. Le plus souvent, nous l'appelons une nouvelle drogue.

### RÔLE DES MÉDICAMENTS DANS UN SERVICE MODERNE DE SANTÉ

D'après une estimation de l'Organisation mondiale de la santé, les prestations pharmaceutiques représentent le dixième du total des dépenses en soins de santé de la plupart des régimes de soins médicaux des diverses parties du monde<sup>2</sup>. Selon les études effectuées au Canada par le Bureau fédéral de la statistique, pour les années 1953 et 1957, sur «Les dépenses des familles urbaines», les médicaments prescrits ont représenté un pourcentage constant, soit 12 p. 100 des dépenses en soins de santé<sup>3</sup>. Les estimations de l'Association des pharmaciens de Saskatchewan ont abouti à peu près au même chiffre; elles indiquent que ces médicaments absorbent une part de 10 ou 11 p. 100 des dépenses des services de santé.

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup>Comité spécial des aliments et drogues, Chambre des communes, Ottawa, Procèsverbaux et témoignages, n° 2, 29 janvier 1963, p. 37.

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> L'Association des pharmaciens de Saskatchewan, mémoire présenté à la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Regina, 2 janvier 1962.

<sup>&</sup>lt;sup>8</sup> L'Association des pharmaciens du Canada inc., mémoire présenté à la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Toronto, mai 1962.

Depuis plusieurs décennies, les achats de médicaments ont augmenté sensiblement. Les estimations du Livre vert1 indiquent que le chiffre de vente d'affaires des fabricants s'est multiplié par huit aux États-Unis entre 1939 et 1958. L'accroissement de la consommation de médicaments au Canada semble avoir été aussi impressionnant. Se fondant sur la statistique que l'Association des pharmaciens du Canada a dégagée d'enquêtes annuelles, la Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce a conclu que, de 1951 à 1961 inclusivement, le nombre total des ordonnances exécutées par les pharmacies canadiennes a passé de 31 millions à près de 43 millions et leur valeur de 52 millions à près de 134 millions<sup>2</sup>. Cette augmentation tient à diverses causes, en particulier à la mise au point de nouveaux médicaments puissants, à l'augmentation des prix et des revenus, à la protection plus étendue des régimes d'assurance médicale et hospitalière, à l'urbanisation croissante de la population canadienne, à des changements dans la composition par âge de la population, au fait que les médecins ont de plus en plus recours à la thérapeutique et à la proportion croissante du nombre de médecins par rapport à la population.

Le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social a mesuré, d'après une autre norme, l'accroissement des sommes affectées aux médicaments au Canada; il indique qu'en 1961, les médicaments prescrits et autres, provenant de pharmacies, d'hôpitaux, d'autres institutions et organismes, de médecins et d'établissements de détail autres que des pharmacies ont totalisé 364 millions de dollars. L'estimation donnée pour 1953 est de 201 millions, soit une augmentation de 81 p. 1003. Le même rapport estime que les achats de médicaments par les hôpitaux ont plus que doublé entre 1953 et 1961. En se fondant sur ces tendances, il semble raisonnable de s'attendre que la consommation de médicaments continuera d'augmenter et qu'elle absorbera probablement une part plus importante des dépenses en soins de santé.

Les médicaments représentent pour la famille canadienne moyenne un fardeau presque aussi lourd que les frais médicaux. En 1961, par exemple, les services de médecins ont coûté 383 millions et les médicaments prescrits ou non 364 millions<sup>4</sup>. Le budget des médicaments équivaut donc à 95

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup>Données recueillies, pour la Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce, au cours d'une enquête menée en vertu de l'article 42 de la Loi relative aux enquêtes sur les coalitions au sujet de la fabrication, de la distribution et de la vente des produits pharmaceutiques par le directeur des enquêtes et recherches, Loi relative aux enquêtes sur les coalitions (désignées ci-après sous le nom de «Livre vert»), p. 69.

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce, rapport concernant la fabrication, la distribution et la vente de médicaments, ministère de la Justice, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1963, p. 388 de l'anglais.

<sup>&</sup>lt;sup>3</sup> Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, division de la recherche et de la statistique, Rapport sur la préparation, la distribution et le coût des médicaments au Canada, étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, 1964.

<sup>&</sup>lt;sup>4</sup>Ces chiffres diffèrent des données fournies au chapitre 11 sur les ordonnances en ce qu'ils comprennent les médicaments achetés, c'est-à-dire, tous les médicaments, prescrits ou non, tandis que les ordonnances ne couvrent que les produits pharmaceutiques prescrits par un médecin et achetés dans des établissements de détail mais ne comprennent pas les médicaments prescrits dans les hôpitaux, etc.

p. 100 des dépenses affectées aux services de médecins. Pour 1961, on estime à environ 164 millions la somme affectée aux médicaments prescrits¹, soit l'équivalent d'environ 43 p. 100 des dépenses médicales. Cependant, les dépenses en soins médicaux ont tendance à s'accroître plus rapidement que la somme affectée aux médicaments. Si l'on reprend la comparaison pour la période 1953-1961, on constate que l'augmentation a été de 115 p. 100 pour les services des médecins et de 81 p. 100 pour les achats de produits pharmaceutiques.

Le consommateur qui demande des services médicaux veut un ensemble complet de soins médicaux, c'est-à-dire tous les services qui peuvent l'aider à conserver ou à recouvrer la santé. Le Conseil canadien du bien-être, entre autres organismes, a insisté, dans son mémoire, sur la nécessité d'inclure tous les médicaments prescrits dans un régime complet de soins médicaux, étant donné que, dans une certaine mesure, certains modes de traitement sont en quelque sorte interchangeables². Dans son mémoire, l'Association des pharmaciens de la Colombie-Britannique a signalé que la thérapeutique a dans une large mesure remplacé les soins hospitaliers dans les domaines des maladies mentales et de la tuberculose; grâce aux stéroïdes, qu'on utilise contre les maladies inflammatoires, il n'est plus nécessaire d'hospitaliser les malades atteints de ces affections³.

Parce que les services de santé sont des services intégrés, l'exclusion de certains d'entre eux d'un régime complet de soins médicaux pourrait nuire à la qualité du traitement. Les témoignages recueillis par la Commission indiquent que, si tous les médicaments ne sont pas inclus, les médecins et les dentistes seront dans une certaine mesure portés à prescrire les médicaments qui sont inclus de préférence à ceux que le malade devra payer lui même<sup>4</sup>. Pareillement, si les médicaments n'étaient fournis qu'aux hospitalisés, les médecins auraient tendance à hospitaliser le malade au lieu de le traiter dans les services externes ou au moyen d'un régime de soins à domicile. Sous un régime complet, dans les cas où le médecin a le choix entre un médicament à plus bas prix mais qui n'est pas inclus et un médicament à prix plus élevé couvert par le régime, la dépense en médicaments pourrait en être inutilement majorée. Si les médicaments coûteux sont écartés, il se peut que le médicament le plus efficace ne soit pas toujours prescrit.

Nous avons expliqué au chapitre 14 que l'utilisation des lits d'hôpital continue de représenter un problème majeur. Une façon de s'y attaquer consiste à recourir de plus en plus à la thérapeutique; judicieusement appliquée, elle tend à réduire la durée de l'hospitalisation. Une directive

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup>Les dépenses totales pour les médicaments en 1961 sont évaluées à 364 millions de dollars (voir p. 350) soit de 200 à 210 millions pour les médicaments non prescrits (voir p. 351) et de 154 à 164 millions pour les médicaments prescrits.

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> Mémoire du Conseil canadien du bien-être, présenté à la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, mai 1962; mémoire du Collège de pharmacie de l'Ontario présenté à la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Toronto, mai 1962.

<sup>&</sup>lt;sup>8</sup> Transcription des témoignages, Audiences, 21 février 1962, vol. 29. <sup>4</sup> Transcription, op. cit., 14 mai 1962, vol. 52.

adressée aux hôpitaux par le ministère britannique de la Santé le 15 août 1961 signale le danger de pousser trop loin les mesures d'économie à l'égard de l'administration des médicaments dans les hôpitaux; «un jour de plus à l'hôpital, y déclare-t-on, coûte plus cher qu'un approvisionnement de médicaments et de pansements pour quatre semaines¹». L'Association des pharmaciens du Canada a mentionné qu'il y eut des cas où des malades sortis de l'hôpital n'ont pu payer des comptes de, mettons, \$50 par mois en médicaments et ont dû retourner à l'hôpital où le coût de leur entretien pouvait représenter, mettons, \$210 par mois².

Dans son mémoire, la Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux déclare clairement que, bien que le prix réel des médicaments ait augmenté, on a réalisé des économies dans d'autres secteurs des services de santé<sup>3</sup>. La plus courte durée de l'hospitalisation en est un exemple évident. D'autres améliorations ont été possibles parce que, depuis dix ans, sont apparus des antibiotiques pour lutter contre l'infection, des tranquillisants pour combattre les troubles mentaux, des stéroïdes contre les affections inflammatoires, des produits pharmaceutiques pour divers traitements contre le cancer et de nombreux médicaments contre les troubles cardiaques. Beaucoup de ces médicaments sont relativement coûteux et la plupart étaient inconnus il y a dix ans.

Il importe de reconnaître que l'expression «médicaments prescrits» désigne une catégorie d'achats et non un groupe défini de substances, car elle inclut:

- a) des médicaments qui ne peuvent être vendus légalement que sur ordonnance;
- b) des médicaments pour lesquels la loi n'exige une ordonnance que dans certains cas, par exemple lorsque des comprimés de codéine dépassent une certaine teneur;
- c) des médicaments qui doivent être préparés par le pharmacien, mais qui ne sont assujettis à aucune restriction légale; et
- d) des médicaments qui se vendent librement, mais qui peuvent parfois être vendus sur ordonnance. Il s'en trouve qui ne sont vraisemblablement connus que de la profession médicale car la Loi sur les aliments et drogues interdit la réclame à l'égard de médicaments utilisés pour le traitement de certains états ou maladies.

Environ 5,000 médicaments d'ordonnance sont assujettis par la loi à des restrictions sur le marché canadien. Préparés sous diverses formes pharmaceutiques et de teneur différente, ils donnent en tout environ 8,000 produits<sup>4</sup>. Si l'on compte séparément les différentes marques de ces produits, on arrive évidemment à un chiffre beaucoup plus élevé que 8,000.

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Cité par l'Association des pharmaciens du Canada inc., op. cit.

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> Ibid.

<sup>&</sup>lt;sup>a</sup> La Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux, division de l'Ontario, mémoire présenté à la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Toronto, mai 1962.

<sup>4</sup> L'Association des pharmaciens du Canada inc., op. cit.

Nous ne possédons que peu de renseignements sur l'importance relative des médicaments prescrits et non prescrits. Il ressort, de deux études américaines effectuées en 1958 et 1959, que la somme affectée aux États-Unis aux spécialités pharmaceutiques, représente environ la moitié de la somme affectée aux médicaments prescrits¹. D'après l'Enquête sur la maladie au Canada en 1951, les sommes consacrées aux médicaments obtenus sans ordonnance représentaient environ 58 p. 100 de la somme affectée aux médicaments prescrits². Selon une estimation de l'Association des pharmaciens de Saskatchewan, le coût des médicaments obtenus sans ordonnance représentait environ la moitié du coût des médicaments prescrits; elle reconnaissait, cependant, que cette estimation se fondait sur les dires des pharmaciens détaillants et que d'autres détaillants vendent aussi ces produits³. L'Association des pharmaciens du Manitoba a estimé que les ventes de spécialités pharmaceutiques dans les pharmacies équivalent à 50 ou 60 p. 100 des ventes de médicaments prescrits⁴.

L'Association des pharmaciens de la Colombie-Britannique est d'avis que l'utilisation plus générale des médicaments prescrits au Canada semble avoir entraîné un recul de l'auto-médication<sup>5</sup>. Les données du Bureau fédéral de la statistique vont dans le même sens; elles indiquent que, entre 1953 et 1960 inclusivement, la valeur des expéditions de «Produits pharmaceutiques destinés à l'homme» a passé de 71 à 75 p. 100 du total des médicaments, tandis que, pendant la même période, la valeur des expéditions de «Spécialités médicales» a baissé de 20 à 15 p. 100<sup>6</sup>.

Dans l'étude établie à notre intention par le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, on nous présente les estimations suivantes des dépenses en médicaments pour 19617:

Médicaments prescrits: établissements	
de détail	\$111,100,000
Médicaments prescrits distribués dans les	
hôpitaux	\$ 32,500,000
Total	\$143,600,000
Autres médicaments	\$220,200,000
Total général	\$363,800,000

La rubrique «Autres médicaments» qui apparaît ci-dessus comprend les médicaments prescrits distribués par des médecins et des institutions

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Transcription, op. cit., 21 février 1962, vol. 29.

² Ibid.

<sup>&</sup>lt;sup>8</sup> Ibid., 24 janvier 1962, vol. 19.

<sup>\*</sup>Ces données ne comprennent pas les spécialités médicales vendues ailleurs que dans les pharmacies. Ibid., 18 janvier 1962, vol. 15.

<sup>&</sup>lt;sup>5</sup> Ibid., 21 février 1962, vol. 29.

<sup>&</sup>lt;sup>6</sup> Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, division de la recherche et de la statistique, op. cit., p. 37.

<sup>&</sup>lt;sup>7</sup> Données du tableau 9 de l'étude réalisée par la division de la recherche et de la statistique du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, op. cit., p. 85.

autres que les hôpitaux, par exemple par les foyers pour vieillards. En tenant compte des médicaments distribués par ces deux secteurs, il semble que la valeur des médicaments non prescrits vendus au Canada en 1961 se situe entre 200 millions et 210 millions, soit entre 56 et 58 p. 100 des dépenses totales en médicaments. Ce chiffre se rapproche beaucoup de celui de 58 p. 100 de l'Enquête sur la maladie au Canada.

Étant donné que des renseignements essentiels nous manquent sur les sommes affectées par les Canadiens aux médicaments prescrits et non prescrits, il serait nécessaire qu'un service approprié du gouvernement canadien recueille une statistique plus complète pour que nous puissions compter sur des données plus sûres. Pour évaluer le coût d'un régime qui paierait les médicaments et pour en déterminer les moyens de financement, des renseignements complets et à jour sur les médicaments prescrits seront nécessaires. Il faudra des données sur les médicaments obtenus sans ordonnance pour déterminer leur importance économique relative et pour nous éclairer sur leur prétendue efficacité ou inefficacité.

A notre avis, le Bureau fédéral de la statistique serait l'organisme tout désigné pour recueillir ces données et pour établir les estimations requises, l'analyse de ces données étant confiée à la Division de la recherche du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social<sup>1</sup>.

La distinction entre médicaments prescrits et spécialités a d'importantes répercussions économiques. Dans le cas des spécialités, il est probable que le jeu de la concurrence en réglera la production et la vente; dans le cas des médicaments prescrits, cependant, l'acheteur ne peut exercer aucun choix. En conséquence, le mécanisme des prix ne joue pas aussi efficacement pour les médicaments prescrits que pour les spécialités. Le fabricant de médicaments ne peut guère espérer élargir sa clientèle par une baisse de prix; règle générale, il n'a pas à craindre de perdre des clients s'il majore ses prix. D'autre part, celui qui achète des produits qui lui sont prescrits n'en augmentera guère sa consommation si le prix baisse. Il se peut qu'il ne la réduise pas grandement non plus s'il doit les payer plus cher, bien que l'affectation d'une forte somme aux médicaments puisse entraîner une réduction des autres dépenses de consommation et que le niveau futur de ses dépenses de consommation puisse en souffrir s'il lui faut s'endetter. Ces considérations ne s'appliquent pas aux achats des hôpitaux.

Le coût élevé des nouveaux médicaments vitaux, fortifiants et prophylactiques, l'incidence inégale du fardeau de leur paiement, la nature intégrée des services de santé et le fait que les forces du marché ne peuvent s'exercer librement sur l'industrie des médicaments (tous ces sujets sont traités dans des chapitres ultérieurs) ont amené la Commission à conclure qu'un régime complet de soins de santé pour le Canada devrait inclure les médicaments prescrits.

Puisque nous avons dit déjà que les services de santé sont des services intégrés, il peut sembler à première vue que l'exclusion des spécialités non

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Voir le chapitre 2, recommandation 82.

prescrites implique une contradiction. Cependant, comme nous l'avons dit ci-dessus, il est probable que le jeu de la concurrence réglera la production et la vente de ces produits. Quoi qu'il en soit, les spécialités qui coûtent cher, qui répondent à un besoin réel et assez répandu et qu'on peut consommer librement indépendamment du médecin, sont apparemment rares. Il est donc peu probable que les médicaments prescrits se substituent aux spécialités et entraînent ainsi un accroissement démesuré des dépenses sociales.

### INTÉRÊT PUBLIC

Le nombre et la nature des enquêtes officielles et des commissions législatives qui ont eu à s'occuper, au Canada, des médicaments, de leur qualité, de leur coût et de leur prix, donnent une idée de l'inquiétude du public devant les lacunes évidentes de la distribution des médicaments à ceux qui en ont besoin. Parmi les enquêtes récentes qui ont semblé les plus importantes, figurent les suivantes:

- a) Le 14 avril 1958, le Directeur des enquêtes et des recherches (Loi relative aux enquêtes sur les coalitions) a entrepris une enquête générale sur la fabrication, la distribution et la vente des médicaments, à la suite de plaintes officieuses sur le coût élevé de ces produits.
- b) Un Comité spécial de l'Assemblée législative de l'Ontario chargé d'enquêter sur le coût des médicaments a tenu de longues séances à Toronto, en 1960.
- c) En mai 1961, un Comité mixte de l'Association des pharmaciens du Manitoba et du gouvernement du Manitoba a présenté son rapport sur la structure des prix de détail des médicaments au Manitoba.
- d) Se fondant sur les données recueillies par le Directeur et résumées dans un document appelé «Livre vert», la Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce a tenu des audiences publiques dans tout le pays durant l'été et l'automne de 1961.
- e) Le 5 avril 1962, une loi autorisant les pharmaciens à substituer à un médicament de marque, dans toute ordonnance, un médicament «générique» équivalent, à moins que cette substitution ne soit expressément interdite par le médecin, a été proclamée en Alberta.
- f) Le 7 décembre 1962, un Comité spécial de la Chambre des communes a été chargé de faire une étude et de rédiger un rapport sur la loi et les méthodes afférentes au contrôle de l'introduction, de la distribution et de l'utilisation des médicaments.
- g) Rapport du Comité spécial des drogues nouvelles constitué par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada à la demande du ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, décembre 1962 (Appendice A des Procès-verbaux et témoignages du Comité

- spécial des aliments et drogues, Chambre des communes, Ottawa, 5 février 1963, pp. 138 et suivantes).
- h) Le 4 janvier 1963, le Rapport de la Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce sur la fabrication, la distribution et la vente des médicaments a été publié.
- i) Le 26 avril 1963, le Comité spécial de l'Assemblée législative de l'Ontario a publié son Rapport sur le coût des médicaments.
- j) Le 26 juillet 1963, un Comité d'étude de la Chambre des communes sur les stupéfiants et la contamination des aliments par des produits chimiques a été établi; son mandat mentionnait, entre autres choses, «l'innocuité et le coût des médicaments».
- k) Le 2 août 1963, le Comité spécial des aliments et drogues de la Chambre des communes a présenté son premier rapport.

Les mêmes inquiétudes se sont manifestées dans d'autres pays. La Commission fédérale du commerce des États-Unis a fait une étude spéciale portant sur les antibiotiques. Son «Rapport économique sur la fabrication des antibiotiques» a été communiqué en août 1958. Aux États-Unis également, on a publié en 1961 un Rapport de la Commission judiciaire du Sénat, portant sur le prix des médicaments, établi par la sous-commission d'enquête sur les cartels et les monopoles et mieux connu sous le nom de Rapport Kefauver. En 1963, cinq des principaux fabricants de médicaments ont été trouvés coupables, par la Commission fédérale du commerce, de collusion en vue de la fixation des prix pratiqués dans la distribution et la vente de la tétracycline.

Plusieurs enquêtes officielles ont eu lieu en Grande-Bretagne. En 1958, le ministère de la Santé a publié un «Rapport provisoire du Comité d'enquête (communément appelé le Comité Hinchliffe) sur le coût des ordonnances». En 1959, le «Rapport définitif du Comité d'enquête sur le coût des ordonnances» a été publié.

Le nombre et le caractère pressant des mémoires qui nous ont été soumis et des observations qui nous ont été faites dans les dépositions que nous avons entendues attestent également que le public s'inquiète devant le régime actuel de la fabrication et de la distribution des médicaments au Canada. Voici une liste d'organismes qui ont porté une attention particulière à la question des médicaments.

L'Association des pharmaciens d'Alberta inc. (vol. 23)1

La Conférence canadienne des facultés de pharmacie (vol. 60)

La Fédération canadienne de l'Agriculture (vol. 33)

La Fondation canadienne pour l'avancement de la Pharmacie (vol. 56)

Le Congrès du Travail du Canada (vol. 60)

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Nous indiquons ici entre parenthèses à quel endroit se trouve chaque mémoire dans la transcription des témoignages de la Commission royale d'enquête sur les services de santé.

L'Association médicale canadienne (vol. 53)

L'Association des pharmaciens du Canada inc. (vol. 60)

L'Association des fabricants canadiens de produits pharmaceutiques (vol. 56)

La Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux (vol. 56)

Le Conseil canadien du bien-être (vol. 64)

Le Comité pour l'avancement de la recherche créatrice dans l'industrie pharmaceutique et les industries connexes (vol. 66)

Les laboratoires Connaught de recherche médicale (vol. 51)

L'Union coopérative de la Société des services de santé du Canada (vol. 30)

La Faculté de pharmacie, Université de Toronto (vol. 52)

Le Gouvernement de la province d'Alberta (vol. 22)

Le Gouvernement de la province du Manitoba (vol. 12)

L'Association des pharmaciens du Manitoba (vol. 15)

La Division médicale de l'Association des fabricants canadiens de produits pharmaceutiques (vol. 56)

La Société des pharmaciens du Nouveau-Brunswick (vol. 10)

La Société des pharmaciens de la Nouvelle-Écosse (vol. 4)

La Division ontarienne de la Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux (vol. 56)

Le Collège de pharmacie de l'Ontario (vol. 56)

L'Association des pharmaciens détaillants de l'Ontario (vol. 50)

L'Association des pharmaciens de la Colombie-Britannique (vol. 29)

Prescription Services Inc. (vol. 50)

La Division de la Saskatchewan de la Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux (vol. 19)

Le syndicat des cultivateurs de Saskatchewan (vol. 18)

L'Association des pharmaciens de Saskatchewan (vol. 19)

#### DÉPENSES DE CONSOMMATION EN MÉDICAMENTS PRESCRITS

L'Association des pharmaciens du Canada fait une enquête annuelle sur l'activité des pharmacies de détail au Canada. Celle de 1960 a révélé que la somme affectée par tête à l'achat de médicaments prescrits dans ces établissements a été cette année-là de \$7.36, que le nombre des ordonnances exécutées a été de près de 43 millions et que leur valeur estimative s'est établie à 131 millions de dollars. Le nombre des ordonnances que les Canadiens ont fait exécuter dans les pharmacies de détail représente une moyenne

de 2.41 par habitant, soit une augmentation de 9 p. 100 depuis 1951; le prix moyen s'en est établi à \$3.06, soit un accroissement de 82.1 p. 100 depuis 1951<sup>1</sup>. L'Enquête de 1961 a révélé que le prix moyen était passé à \$3.14<sup>2</sup>.

Quand on ajoute à ces estimations les ordonnances prescrites par des médecins mais exécutées ailleurs que dans les pharmacies de détail (c'est-à-dire celles qui sont exécutées par les médecins eux-mêmes, dans les hôpitaux, etc.), le nombre est de 3.2 par habitant et la valeur au détail, de \$9.79 par habitant. Se fondant sur ces données, l'Association des pharmaciens du Canada estime que les services d'exécution d'ordonnances ont représenté pour la population canadienne, en 1960, une valeur de 177 millions de dollars<sup>3</sup>.

L'Association des pharmaciens de la Colombie-Britannique a effectué une enquête en 1960 sur les ordonnances exécutées dans les pharmacies de détail de la province et sur les médicaments fournis par l'intermédiaire du Service d'assurance-hospitalisation de la Colombie-Britannique et par l'entremise d'autres organismes provinciaux et privés. Seuls les médicaments fournis par des organismes du gouvernement fédéral, comme le ministère des Affaires des anciens combattants et les hôpitaux de la Direction des affaires indiennes, étaient exclus. Les résultats indiquent que le coût par habitant des médicaments prescrits en Colombie-Britannique, en 1960, s'est établi à \$11.36, dont une part de \$9.24 a été dépensée directement dans les pharmacies de détail et dont le reste se composait de médicaments distribués par les hôpitaux, les institutions gouvernementales, etc.4.

L'Association des pharmaciens d'Alberta a conclu de ses propres enquêtes que le nombre des ordonnances s'établit à 2.75 par habitant par année. Adoptant comme moyenne le prix de \$3.16 par ordonnance, l'Association estime que la somme affectée par habitant aux médicaments prescrits, en Alberta, était de \$8.69<sup>5</sup>.

En 1961, l'Association des pharmaciens de Saskatchewan a entrepris une enquête en vue de déterminer ce que les médicaments prescrits avaient coûté à la population de la Saskatchewan en 1960. On a obtenu une réponse de 40 p. 100 des pharmacies de détail de la province. L'Association en a conclu qu'en moyenne chaque habitant de la Saskatchewan avait fait exécuter 3.5 ordonnances d'un coût total d'environ \$96. L'Association a fait remar-

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> L'Association des pharmaciens du Canada inc., op. cit.

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> Rapport de la Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce, op. cit.

<sup>&</sup>lt;sup>8</sup> L'Association des pharmaciens du Canada inc., op. cit. La méthode d'évaluation décrite à la page 348 donne une valeur de 154 millions à 164 millions de dollars pour les médicaments prescrits.

<sup>&</sup>lt;sup>4</sup> L'Association des pharmaciens de la Colombie-Britannique, mémoire présenté à la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Vancouver, février 1962.

<sup>&</sup>lt;sup>5</sup>L'Association des pharmaciens d'Alberta inc., mémoire présenté à la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Edmonton, février 1962.

<sup>&</sup>lt;sup>6</sup> L'Association des pharmaciens de Saskatchewan, op. cit.

quer également que le rapport du Bureau fédéral de la statistique sur les «dépenses des familles urbaines» en 1957 établissait cette moyenne à \$8.15.

La Société des pharmaciens du Nouveau-Brunswick a organisé une enquête sur les ordonnances pour l'année 1960; elle a aussi recueilli des renseignements des organismes provinciaux et fédéraux. Il en ressort que le coût des médicaments par habitant, au Nouveau-Brunswick, était de \$7.90, dont une part de \$5.80 a été dépensée directement par les consommateurs dans les pharmacies de détail et dont le solde a été financé par les impôts ou les cotisations d'assurance<sup>1</sup>.

Bien que le coût moyen des médicaments soit pour ainsi dire à la portée de toutes les bourses, l'incidence des dépenses considérables est assez inégale. Pour les familles nombreuses à faibles revenus, même le coût moyen mentionné ci-dessus peut représenter un fardeau. De même, dans les cas où les médicaments nécessaires sont très coûteux, même le portefeuille moyen peut difficilement y suffire. Il faut ajouter à cela les répercussions désastreuses des dépenses pharmaceutiques, c'est-à-dire l'obligation de se procurer pendant une longue période des médicaments prescrits dont le prix dépasse le niveau moyen.

On est assez bien renseigné sur la répartition de l'échelle des prix des médicaments et leurs taux d'utilisation. En 1957, le professeur H. J. Fuller, de la faculté de Pharmacie de l'Université de Toronto, a entrepris une enquête sur 182 pharmacies et 42,545 ordonnances. Parmi ces dernières, 46.3 p. 100 avaient coûté \$2 ou moins, 68.8 p. 100 avaient coûté \$3 ou moins et 88.6 p. 100, \$5 ou moins. Toutefois, dans 1.1 p. 100 des cas, le prix avait dépassé \$10 l'unité<sup>2</sup>.

En 1960, une étude analogue a été effectuée en Colombie-Britannique. Les résultats n'en sont pas très différents, mais on y note une majoration générale des prix. Dans l'ensemble, 33.7 p. 100 des ordonnances avaient coûté moins de \$2, 58.5 p. 100 moins de \$3 et 84.7 p. 100 moins de \$5. Dans 1.4 p. 100 des cas, le prix avait été de \$10 ou plus<sup>3</sup>.

On nous a aussi signalé une étude américaine, l'Enquête nationale Abbott sur les ordonnances, portant sur l'année 1960. Dans l'ensemble, 34.8 p. 100 des ordonnances avaient coûté \$2 ou moins, 59.2 p. 100, \$3 ou moins et 84.8 p. 100, \$5 ou moins. Dans 1.5 p. 100 des cas, le prix avait dépassé \$104. Les résultats concordent remarquablement avec ceux qu'on a obtenus en Colombie-Britannique cette année-là.

L'Association des pharmaciens de Saskatchewan a déclaré que, d'après ses constatations, un secteur relativement faible de la population répond à lui seul pour une forte proportion du total des frais d'ordonnances.

L'Association des pharmaciens de Saskatchewan, op. cit.

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> La Société des pharmaciens du Nouveau-Brunswick, mémoire présenté à la Commission royale d'enquête sur les services de santé, mémoire final, Fredericton, mai 1962.

<sup>a</sup> L'Association des pharmaciens du Canada inc., op. cit., appendice K.

<sup>a</sup> L'Association des pharmaciens de la Colombie-Britannique, op. cit., appendice B.

Une enquête de la *Health Information Foundation* des États-Unis, effectuée en décembre 1960, confirme ses dires; il indique que, parmi l'ensemble des personnes interrogées:

- 61 p. 100 n'ont pas eu à acheter de médicaments prescrits;
- 26 p. 100 ont dépensé de \$1 à \$24 par année;
  - 6 p. 100 ont dépensé de \$25 à \$49 par année;
  - 4 p. 100 ont dépensé de \$50 à \$99 par année;
  - 2 p. 100 ont dépensé de \$100 à \$199 par année;
  - 1 p. 100 ont dépensé plus de \$200 par année.

La Health Information Foundation a également estimé que 70 p. 100 des dépenses pharmaceutiques retombent sur 15 p. 100 de la population<sup>1</sup>.

L'incidence des dépenses en médicaments est dans une certaine mesure prévisible, en particulier en chiffres moyens pour certains groupes d'âge. D'autre part, elle est difficile à prévoir dans le cas des dépenses très élevées, car les maladies graves peuvent frapper au hasard. Les faits constatés par un régime privé d'assurance-médicaments, les *Prescription Services Incorporated*, de Windsor, en Ontario (régime dont nous reparlerons plus loin) portent que les personnes âgées de plus de 65 ans ont utilisé près de deux fois autant d'ordonnances par mois que l'ensemble des assurés. De plus, d'après les barèmes du régime, le coût moyen d'une ordonnance a été de \$4.25 pour le groupe âgé comparativement à \$4.05 pour le groupe régulier². Une étude des prestations pharmaceutiques chez les bénéficiaires de l'assistance sociale en Saskatchewan a confirmé que le taux d'utilisation est beaucoup plus élevé dans le cas des personnes âgées. Elle révèle également que le nombre des ordonnances est de 20 p. 100 plus élevé en moyenne chez les femmes que chez les hommes de ce groupe³.

Nous fondant sur les données qui nous ont été communiquées, nous concluons que ce qui inquiète le plus le public c'est l'incidence inégale et généralement imprévisible des lourdes dépenses pharmaceutiques plutôt que ce qu'on a appelé «le coût élevé» des médicaments. Cette inquiétude continue de se manifester bien que des organismes gouvernementaux et privés fournissent gratuitement des médicaments à certains groupes de la population ou les aident à en acquitter le coût.

### FINANCEMENT DES DÉPENSES PHARMACEUTIQUES

Aux termes de la Loi fédérale sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques, des ententes prévoyant que la distribution de médicaments fera partie des services d'assurance ont été conclues entre le gouverne-

¹ Ibid.

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> Transcription, op. cit., 10 mai 1962, vol. 50.

<sup>&</sup>lt;sup>3</sup> L'Association des pharmaciens de Saskatchewan, op. cit., appendice A.

ment fédéral et les diverses provinces1. Selon l'Association des pharmaciens du Canada, «l'assurance-hospitalisation a largement contribué à éliminer les dépenses catastrophiques des soins de santé. Cependant, les autres chefs de dépenses en soins de santé, y compris les services pharmaceutiques, représentent encore un problème pour certains Canadiens. C'est vrai en particulier pour les indigents, pour les personnes à revenu limité et pour celles qui ont besoin de soins continus et coûteux parce qu'elles souffrent de maladies chroniques. Une affection aiguë, consécutive à une blessure ou à une maladie, peut souvent représenter un fardeau financier écrasant pour des familles qui, dans le cours normal des choses, pourraient très bien se tirer d'affaires<sup>2</sup>.» Les régimes provinciaux de services hospitaliers présentent des variantes. Par exemple, le taux journalier tout compris inclut la plus grosse part (environ 90 p. 100) du coût des médicaments pour les malades hospitalisés en Ontario. La plupart des habitants de l'Ontario participent au régime d'assurance administré par la Commission des services hospitaliers de l'Ontario. Le coût des médicaments par journée d'hospitalisation, dans la plupart des hôpitaux de l'Ontario, varie de 90¢ à \$1.103. En Saskatchewan, d'autre part, le régime de services hospitaliers couvre le coût de certains médicaments fournis aux hospitalisés. On a dit que, du fait que la couverture est incomplète, il arrive parfois qu'un lourd fardeau financier retombe sur les grands malades<sup>4</sup>. Des représentants de la Division de Saskatchewan de la Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux ont parlé de malades qui ont dû payer les frais pharmaceutiques de \$50 par jour qui n'étaient pas couverts par le régime d'assurance<sup>5</sup>. Un malade, qui a survécu grâce au traitement il est vrai, a dû payer un compte de médicaments de \$1,500. Les médicaments à la charge du malade représentent entre 20 et 25 p. 100 de la valeur des médicaments utilisés dans les hôpitaux de Saskatchewan. Des exemples de produits coûteux de cette catégorie qu'on nous a mentionnés sont l'hydrocortisone, le penbriton (une pénicilline synthétique) et le spontim (antibiotique employé contre l'endocardite bactérienne)<sup>6</sup>.

En plus des régimes d'assurance-hospitalisation, la distribution subventionnée de médicaments aux bénéficiaires de l'assistance sociale par les gouvernements provinciaux offre un autre moyen important de soulager les usagers d'une partie de ce fardeau financier. Bien que nous ne possédions pas de données pour toutes les provinces, les renseignements fournis à l'Association des pharmaciens du Canada par les quatre provinces de l'Ouest révèlent que les bénéficiaires de l'assistance sociale, c'est-à-dire d'allocations aux invalides, aux vieillards, aux aveugles, aux enfants etc., comptent pour 3.7 p. 100 de l'ensemble de la population de l'Ouest. Cette proportion

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Division de la recherche et de la statistique, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, op. cit., p. 79.

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> L'Association des pharmaciens du Canada inc., op. cit. <sup>a</sup> Division de l'Ontario de la Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux, op. cit.

<sup>&</sup>lt;sup>4</sup> Transcription, op. cit., 24 janvier 1962, vol. 19.

<sup>&</sup>lt;sup>5</sup> Ibid.

<sup>6</sup> Ibid.

atteint son niveau le plus bas, soit 1.8 p. 100, au Manitoba, et son niveau le plus élevé, 5.2, en Saskatchewan. L'Association des pharmaciens du Canada, appliquant le pourcentage moyen à l'ensemble de la population du Canada à ce moment-là, a conclu qu'il y a au pays environ 670,000 personnes qui comptent dans une certaine mesure sur un échelon ou un autre de gouvernement pour leurs soins médicaux<sup>1</sup>.

Comme nous l'avons dit, les services pharmaceutiques assurés aux indigents semblent varier sensiblement d'une province à une autre. Il ne semble exister aucune norme uniforme pour mesurer les besoins ni aucun critère uniforme pour déterminer quels services peuvent être fournis². Selon l'Association des pharmaciens du Canada, «dans les provinces de la Colombie-Britannique, de Saskatchewan, du Manitoba et de Terre-Neuve, ce sont les gouvernements provinciaux qui fournissent les fonds afférents aux services pharmaceutiques et aux autres soins de santé dispensés aux indigents. En Alberta, au Québec, au Nouveau-Brunswick et en Nouvelle-Écosse, ces services ne sont assurés, règle générale, qu'aux malades hospitalisés. En Ontario, toutes les municipalités, jusqu'au niveau du canton, paient les services pharmaceutiques fournis aux indigents et sont par la suite partiellement remboursées par le gouvernement provincial. Dans l'Île-du-Prince-Édouard, on ne semble avoir pris aucune disposition financière précise à l'égard des soins de santé dont la population indigente a besoin»³.

En plus des régimes publics d'assurance-hospitalisation et des dispositions afférentes au soin des indigents, il existe un troisième moyen important d'aider les consommateurs de médicaments à en acquitter le coût. Ce sont les organismes et sociétés privés d'assurance qui émettent des polices de soins médicaux. Les polices, individuelles ou collectives, couvrent souvent les dépenses pharmaceutiques. Après qu'il a présenté les réclamations nécessaires, l'assuré récupère les sommes affectées aux médicaments. Le principe du ticket modérateur oblige souvent l'assuré à payer lui-même la première tranche de \$50 dépensée en médicaments au cours de l'année. Ces polices comportent habituellement une disposition de coassurance obligeant l'assuré à payer une part de l'ordonnance4. Il semble qu'environ deux millions de personnes participaient, en 1960, à un régime général quelconque d'assurance médicale, mais nous ne savons pas combien étaient admissibles également aux prestations pharmaceutiques<sup>5</sup>. Récemment, quelques régimes privés sans but lucratif ont aussi étendu leur couverture aux prestations pharmaceutiques, notamment la Croix-Bleue d'Ontario qui applique le principe de la déductibilité<sup>6</sup>: De l'avis de l'Association des pharmaciens du Canada bien qu'une assurance comportant le ticket modérateur protège, en temps normal,

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> L'Association des pharmaciens du Canada inc., op. cit.

<sup>8</sup> Ibid

<sup>\*</sup> Ibid.

<sup>&</sup>lt;sup>5</sup> Les estimations du nombre de personnes qui participent à un régime général d'assurance médicale varient (voir chapitres 10 et 18).

<sup>&</sup>lt;sup>6</sup> Division de la recherche et de la statistique, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, op. cit.

le particulier contre les dépenses accablantes imprévisibles, «elle fait retomber sur l'assuré un fardeau intolérable lorsqu'il lui faut acquitter ces dépenses au cours d'une période relativement courte»<sup>1</sup>.

Dans plusieurs des mémoires qui nous ont été présentés, on s'est arrêté assez longuement à un régime d'assurance qui porte exclusivement sur les médicaments et qu'administrent les *Prescription Services Inc.*, société organisée par un certain nombre de pharmaciens détaillants de l'Ontario. L'activité de cet organisme jette passablement de lumière sur les problèmes que comporte le financement des dépenses pharmaceutiques par une société privée. Pour cette raison, nous estimons qu'il y a lieu d'examiner de près ce qu'il en est.

La société *Prescription Services Inc.* a été constituée en juillet 1957<sup>2</sup>. Elle a fait ses débuts à Windsor et dans le comté d'Essex en Ontario, mais elle compte maintenant dans ses rangs 650 pharmacies de diverses parties de la province<sup>3</sup>. Chacun des abonnés du régime dit du «Bouclier Vert» verse des primes régulières qui lui donnent le droit d'obtenir les médicaments dont il a besoin de n'importe quelle pharmacie membre à raison de 35¢ par ordonnance. Les *Prescription Services Inc.* s'engagent à payer à ces établissements les médicaments qu'ils préparent pour les adhérents ou pour les personnes à leur charge, selon un tarif convenu, moins une déduction de 10 p. 100 pour acquitter les frais d'administration et moins une autre déduction, au besoin, pour maintenir la solvabilité du régime d'assurance<sup>4</sup>. Cette dernière réduction est en ce moment de 10 p. 100<sup>5</sup>.

Après quinze mois d'activité, il a été reconnu que le régime n'était pas solvable et que les primes devaient être majorées<sup>6</sup>. Selon les *Prescription Services Inc.*, la grande insuffisance des primes initiales tient à ce qu'aucune des enquêtes effectuées jusque-là n'avait tenu dûment compte de l'accroissement de la consommation qui devait se produire à la suite de l'abaissement du coût des médicaments du fait de l'étalement produit par la prime mensuelle. (Évidemment, le régime du Bouclier Vert n'a nullement pour effet de réduire le coût global des médicaments; il ne fait que répartir dans le temps et sur l'ensemble des membres les paiements effectués par les divers assurés.) Ni l'enquête ni, par conséquent, les tarifs n'ont tenu compte du fait que l'âge et le sexe, plus que toute autre caractéristique, permettent de différencier entre les personnes, en ce qui concerne la consommation de médicaments<sup>7</sup>.

Depuis l'établissement du régime, l'adhésion s'est limitée exclusivement à des groupes formés de personnes associées pour n'importe quelle raison autre qu'une raison directement reliée à la santé. Pour éviter de ne recruter que des risques tarés, on exigeait initialement l'adhésion d'une forte

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> L'Association des pharmaciens du Canada inc., op. cit.

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> Division de la recherche et de la statistique, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, op. cit.

<sup>&</sup>lt;sup>8</sup> Prescription Services Inc., mémoire présenté à la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Toronto, mai 1962, p. 27.

<sup>\*</sup> Ibid., p. 7.

<sup>&</sup>lt;sup>6</sup> *Ibid.*, p. 26. <sup>6</sup> *Ibid.*, p. 38.

<sup>&</sup>lt;sup>7</sup> Ibid., p. 9.

proportion du groupe<sup>1</sup>. Après quinze mois d'activité, lorsque le régime a informé ses membres de son intention de majorer les primes, elle leur a fourni en même temps l'occasion de se retirer et environ 17 p. 100 l'ont fait. D'après les *Prescription Services Inc.*, presque tous ceux qui se sont retirés étaient de santé robuste<sup>2</sup>, ce qui a fatalement entraîné une nouvelle augmentation du coût de fonctionnement par assuré.

En dépit de la majoration des primes et d'une réduction supplémentaire de 10 p. 100 de la somme remboursée aux pharmaciens, les difficultés financières ont persisté. Les pharmaciens qui avaient organisé le Bouclier Vert avaient établi une caisse de prêts de plus de \$11,000. Par la suite, l'Association des pharmaciens détaillants de l'Ontario a versé au régime un don de \$3,000 et des pharmaciens particuliers ont donné \$18,000 environ au cours d'une période de trois ans. Sans cette aide financière, «le régime n'aurait pu survivre car, abstraction faite des prêts et des dons, ses opérations financières se sont toujours soldées par une perte<sup>3</sup>. Ce n'est pas parce qu'il a versé des prestations trop généreuses que le régime a été en butte à des problèmes financiers. Comme nous l'avons déjà dit, les dirigeants du régime estiment que le tarif de 35¢ par ordonnance empêche que les médecins étendent la pratique des ordonnances à des produits qui habituellement ne sont pas prescrits «et dont la plupart coûtent 35¢ et moins, par exemple, l'huile de ricin, les médicaments de la pharmacie de famille, etc.»4. En plus du tarif de 35¢ par ordonnance, on impose une limite quantitative qui empêche le stockage des médicaments et leur revente pour du comptant<sup>5</sup>. On a dit que le Bouclier Vert<sup>6</sup> n'exclut que 2.5 p. 100 du volume normal des ordonnances, mais au moins un produit important, l'insuline, est exclu parce qu'il est d'usage trop répandu<sup>7</sup>.

Au moment où les *Prescription Services Inc.* ont présenté leur mémoire en mai 1962, le Bouclier Vert ne comptait que 1,500 adhérents<sup>8</sup>. Il ne se proposait pas d'étendre ses cadres au-delà de la province d'Ontario<sup>9</sup>. Ses dirigeants espèrent qu'une forte augmentation du nombre des assurés permettra de réduire le tarif. Cette éventualité semble particulièrement probable si le Bouclier Vert devient un des compléments sociaux prévus dans les contrats des syndicats ouvriers. Dans ces circonstances, la simple efficacité administrative exigerait l'adhésion de la totalité des syndiqués afin qu'un groupe nombreux de personnes en bonne santé fasse contrepoids à ceux qui ont un besoin plus fréquent de médicaments<sup>10</sup>.

D'après les dépositions que nous avons entendues, les pharmaciens hors de l'Ontario ne prévoient pas que le Bouclier Vert soit appelé à s'implanter

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Ibid., p. 23.

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> Ibid., p. 40.

<sup>&</sup>lt;sup>8</sup> Ibid., p. 22.

<sup>&</sup>lt;sup>4</sup> *Ibid.*, p. 34. <sup>5</sup> *Ibid.*, p. 29.

<sup>\*</sup> Ibid., p. 34.

<sup>&</sup>lt;sup>7</sup> Ibid., p. 28.

<sup>&</sup>lt;sup>8</sup> Ibid., p. 43.

<sup>&</sup>lt;sup>9</sup> *Ibid.*, p. 49.

<sup>10</sup> Ibid., p. 11.

chez nous. Ainsi, l'Association des pharmaciens de la Colombie-Britannique a exprimé l'avis que les *Prescription Services Inc.* sont économiquement incapables de survivre par leurs propres moyens, n'ayant pu se gagner la faveur populaire. La plupart des gens ne croient pas que des dépenses pharmaceutiques élevées soient une sorte de calamité contre laquelle ils doivent se protéger. Le régime d'assurance n'est pas attrayant parce que la prime se rapproche trop du coût moyen des ordonnances au Canada. Autrement dit, le régime ne contribue aucunement à abaisser le coût des médicaments. Le Bouclier Vert n'est donc séduisant que pour les mauvais risques¹. L'Association des pharmaciens de Saskatchewan s'est exprimée dans le même sens, soulignant en particulier que le nombre limité d'adhérents au Bouclier Vert signifie qu'il comporte une trop forte représentation des groupes qui présentent le p'us de risques, de sorte que le coût des ordonnances des assurés est à peu près le double du prix moyen pour l'ensemble du pays².

Le fait que la consommation s'est accrue sensiblement partout où les médicaments ont été fournis dans le cadre d'un service de santé du gouvernement est peut-être l'argument qui prouve le plus qu'il est grandement nécessaire d'imaginer une autre méthode de financer les dépenses pharmaceutiques de la population.

Entre les années 1943 et 1960, le nombre par habitant des ordonnances payées par le régime d'assurance de la Nouvelle-Zélande a passé de 2.1 à 5.9 par année. En même temps, le prix moyen des ordonnances a plus que doublé. Ces augmentations sont survenues alors même que l'on a imposé des restrictions plus sévères à l'égard de la durée du traitement assuré par chaque ordonnance. Au début, on n'avait posé aucune limite, mais il a ensuite été décrété que les ordonnances ne devaient pourvoir au traitement que pour 15 jours au maximum; cette limite a ensuite été réduite à dix jours avant d'être abaissée à son niveau actuel de sept jours<sup>3</sup>. Néanmoins, la part que représentent les prestations pharmaceutiques par rapport au total des prestations du régime a augmenté graduellement en Nouvelle-Zélande, passant de 24.5 en 1950-1951 à 29.9 p. 100 en 1959-1960<sup>4</sup>.

En Australie, les prestations pharmaceutiques se limitent à une liste de médicaments «vitaux». Néanmoins, on dit qu'entre 70 et 80 p. 100 des ordonnances sont couvertes par le régime d'assurance<sup>5</sup>. Le taux de consommation a passé de 1.09 à 2.40 de 1953 à 1960; en même temps, le prix moyen par ordonnance s'est accru de 36.7 p. 100 pendant les sept ans<sup>6</sup>.

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> L'Association des pharmaciens de la Colombie-Britannique, op. cit.

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> Transcription, op. cit., 24 janvier 1962, vol. 19.

<sup>&</sup>lt;sup>a</sup> L'Association des pharmaciens du Canada inc., op. cit.

<sup>\*</sup>Ibid. On notera que les pourcentages donnés ci-dessus sont beaucoup plus élevés que les estimations générales de l'Organisation mondiale de la santé que nous avons citées déjà. (Ce renseignement se trouve dans le mémoire soumis par l'Association des pharmaciens de Saskatchewan à la Commission royale d'enquête sur les services de santé, on cit )

<sup>&</sup>lt;sup>6</sup> Division de la recherche et de la statistique, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, op. cit., p. 163.

<sup>&</sup>lt;sup>6</sup> L'Association des pharmaciens du Canada inc., op. cit.

Sous le régime national d'assurance-santé, en Grande-Bretagne, le prix moyen par ordonnance entre 1949-1950 et 1957-1958 a à peu près doublé alors que le nombre moyen d'ordonnances par habitant s'est maintenu au niveau constant de 5.29 par an, peut-être parce que la cotisation a été augmentée deux fois au cours de la période<sup>1</sup>.

En Norvège, l'assurance des frais pharmaceutiques a entraîné dans les débuts des frais si élevés qu'il a été impossible de l'étendre à tous les médicaments, si bien qu'à l'heure actuelle les caisses-maladie ne remboursent qu'un petit nombre de médicaments nécessaires pour les longues maladies. Le gouvernement exerce, cependant, un certain contrôle sur l'importation, la publicité, la distribution et les prix des médicaments et sur les bénéfices qu'ils rapportent<sup>2</sup>.

En Grande-Bretagne, en Australie, en Nouvelle-Zélande, en Norvège, au Danemark et aux Pays-Bas, au dire de l'Association des pharmaciens du Canada, il a fallu en général accroître au cours des années, dans le cadre de l'assurance-santé, la participation directe du malade au paiement de chaque ordonnance. Tous les rapports indiquent que chaque régime a connu une hausse annuelle des frais pharmaceutiques<sup>3</sup>. Voici un extrait pertinent d'un article du Journal de l'Association médicale du Canada:

A vrai dire depuis le début de l'institution du Service national de Santé, en Grande-Bretagne, le montant déboursé pour les médicaments a provoqué de grands remous dans certains milieux et, afin d'économiser sur le prix des prescriptions de médicaments, on a formé une nombreuse équipe officielle chargée de donner au médecin avis et critique.

L'expérience plus courte du Canada confirme ces données. Le mémoire présenté par le gouvernement de Saskatchewan à la Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce signale une hausse considérable des frais moyens de médicaments et appareils par bénéficiaire de l'assistance sociale relevant de l'assurance-santé provinciale. De 1949-1950 à 1958-1959, ces dépenses sont passées de \$6.24 à \$20.51 par personne pour les vieillards pensionnés, de \$2.67 à \$7.42 pour les bénéficiaires de l'allocation aux mères de famille et de \$5.86 à \$13.32 pour les aveugles pensionnés<sup>5</sup>. Dans le mémoire qu'elle nous a présenté, l'Association des pharmaciens de Saskatchewan écrivait ce qui suit: «Le recours au remboursement des frais pharmaceutiques assurés a augmenté régulièrement et graduellement au cours des années. L'année terminée le 31 mars 1950, une moyenne de 3.5 ordonnances a été remboursée à chacun des assurés du programme I. Pour l'année terminée le

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Voir T. M. Ross, An Analysis of Pre-Payment of Prescriptions and the Green Shield Plan, cité dans The Nova Scotia Pharmaceutical Society, mémoire présenté à la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Halifax, octobre 1961, p. 19.

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> L'Association des pharmaciens du Canada inc., op. cit.

<sup>&</sup>lt;sup>a</sup> Ibid.

<sup>&</sup>lt;sup>4</sup> Extrait du *Prescribers' Journal*, dans le Journal de l'Association médicale canadienne, juillet 1961, cité dans le Rapport de la Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce, op. cit., p. 254 de l'anglais.

<sup>&</sup>lt;sup>6</sup> Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce, op. cit., p. 389 de l'anglais.

31 mars 1959 (neuf ans plus tard), ce chiffre a atteint 7.3, soit plus du double. A la même époque, plus de 30 p. 100 des assurés n'ont reçu aucune ordonnance<sup>1</sup>.» La situation semble être à peu près la même ailleurs au Canada. L'Association des pharmaciens du Manitoba nous a dit que le coût des soins gratuits assurés par le régime d'assurance médicale du Manitoba a dépassé de beaucoup les prévisions2. La Société des pharmaciens du Nouveau-Brunswick a déclaré que le taux d'utilisation des médicaments dans la province est inférieur à la moitié du taux de la Grande-Bretagne ou de la Nouvelle-Zélande et en conclut que le taux ne pourrait qu'augmenter du fait de la mise en vigueur d'une assurance-santé nationale3.

Au sujet de l'inclusion de l'assurance des frais médicaux dans un régime national, l'Association des pharmaciens du Canada estime que les augmentations du taux d'utilisation et les variations d'autres facteurs pourraient signifier que d'ici trois ans «le coût total des frais pharmaceutiques en vertu d'un programme global serait de l'ordre de \$313,500,000»<sup>4</sup>. Au sujet du même problème, les Prescription Services Inc. ont calculé que les frais pharmaceutiques de leurs adhérents étaient en moyenne de \$1.56 par personne par mois, soit \$18.72 par an. Pour 19 millions de personnes, cela représenterait plus de \$350,000,000 par an<sup>5</sup>. Il faut remarquer, toutefois, que la société ne s'adresse pas à un secteur représentatif de la population, mais plutôt à des gens dont le recours aux médicaments est dans l'ensemble

supérieur à la moyenne<sup>6</sup>.

Néanmoins, les augmentations éventuelles d'une telle ampleur du coût total des frais pharmaceutiques nationaux posent des questions inéluctables sur les risques de gaspillage. Dans les vues qu'elle nous a exprimées, l'Association des pharmaciens détaillants de l'Ontario soutient que l'expérience des Prescription Services Inc. montre que bien des gens ne peuvent faire exécuter leurs ordonnances parce qu'ils n'en ont pas les moyens. L'Association dit que l'utilisation des médicaments par personne, dans le cadre d'une assurancesanté nationale, augmentera certainement, non parce que les gens en consommeront davantage, mais simplement parce qu'ils pourront prendre les médicaments dont ils auront besoin7. Le président de l'Association des pharmaciens de Saskatchewan a exprimé le même point de vue en disant: «Je ne pense pas qu'il y ait beaucoup d'abus. Si les frais ont augmenté sous le régime de notre assurance en Saskatchewan, c'est parce que les gens se sont progressivement rendu compte des avantages qu'ils pouvaient retirer du régime et ont commencé à y recourir; je ne pense pas qu'ils l'aient fait par simple esprit de frivolité. Je pense que ce sont des gens qui ne s'étaient pas fait

L'Association des pharmaciens du Canada inc., op. cit. <sup>8</sup> Transcription, op. cit., 10 mai 1962, vol. 50.

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> The Saskatchewan Pharmaceutical Association, op. cit., appendice A, p. 5.

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup>Transcription, op. cit., 18 janvier 1962, vol. 15. <sup>3</sup>New Brunswick Pharmaceutical Society, soumission finale, op. cit., p. 6.

<sup>&</sup>lt;sup>6</sup> Nous estimons que les frais de médicaments prescrits de la nation, sous un régime d'assurance universelle et dans l'hypothèse de la participation du malade aux frais des ordonnances, s'élèveraient à 234 millions en 1966 et à 361 millions en 1971. (Voir tableau

<sup>&</sup>lt;sup>7</sup> Transcription, op. cit., 10 mai 1962, vol. 50.

soigner ou qui n'achetaient pas de médicaments simplement parce qu'ils pensaient que c'était trop cher pour eux1.» Il peut être nécessaire, cependant, de faire certaines réserves. L'Association des pharmaciens du Canada déclare: «Il faut admettre qu'il existe un obstacle financier et (ou) une inhibition naturelle qui n'est pas toujours en rapport direct avec les ressources du parti-

Il y a, croyons-nous, au moins trois autres considérations qui influeront sur l'ampleur des frais qu'il faudrait assumer si les médicaments prescrits participaient aux prestations de l'assurance-maladie. N'oublions pas que les pharmacies de détail ne sont pas les seuls débits de médicaments. Il y en a beaucoup d'autres dont les plus importants sont les médecins qui fournissent des médicaments à leurs propres malades, les pharmacies d'hôpitaux, divers organismes gouvernementaux, divers organismes privés, les foyers de garde privée, les dispensaires industriels, etc. L'Association des pharmaciens du Canada signale «qu'il faut prendre pour acquit que la mise en vigueur d'un régime global dispenserait beaucoup de ces organismes de l'obligation de fournir les médicaments<sup>3</sup>».

Un autre facteur important et direct, mais peut-être moins évident, qui influe sur la consommation des médicaments consiste simplement dans l'accès facile aux médicaments et aux médecins. Par exemple, en 1961, en Saskatchewan, 5,427 ordonnances ont été exécutées pour 1,000 habitants dans les régions rurales alors qu'il s'en est exécuté 7,418 pour 1,000 habitants dans les villes4.

Le troisième facteur est «qu'un médecin est tout disposé à prescrire le médicament nécessaire sans s'occuper du prix lorsqu'il sait qu'il peut le faire sans trop grever le malade»<sup>5</sup>. On peut démontrer que, dans le cas au moins de certains médicaments coûteux, les mêmes médecins prescrivent une quantité plus considérable par ordonnance lorsqu'ils soignent un malade dont un tiers paye les médicaments que lorsqu'ils soignent des malades qui doivent les payer eux-mêmes6. En outre, il est reconnu que, lorsqu'il existe une assurance-médicaments, certaines personnes vont voir le médecin et se font donner une ordonnance, alors qu'autrement ils achèteraient un médicament non prescrit7.

Certains pays ont tenté de maintenir les frais médicaux que l'État doit assumer dans des limites tolérables en restreignant par un moyen quelconque les médicaments remboursés par l'assurance-santé nationale. A cet égard, le rapport Hinchliffe sur les frais d'ordonnances en Grande-Bretagne a comparé les régimes australien, danois et néo-zélandais. Selon la Faculté de pharmacie de l'Université de Toronto, les conclusions du comité Hinchliffe indiquent

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Ibid., 24 janvier 1962, vol. 19.

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> L'Association des pharmaciens du Canada inc., op. cit.

<sup>4</sup> Division de la recherche et de la statistique du ministère de la Santé nationale et du

Bien-être social, op. cit., p. 114.

<sup>5</sup> The Ontario Retail Pharmacists Association, mémoire présenté à la Commission royale d'enquête sur les services de santé, mai 1962, p. 42.

<sup>&</sup>lt;sup>6</sup> New Brunswick Pharmaceutical Society, soumission finale, op. cit., p. 6. <sup>7</sup> The Saskatchewan Pharmaceutical Association, op. cit., p. 12.

que les régimes cités étaient d'une complexité administrative excessive et, dans le cas de l'Australie, la liste des médicaments assurés était trop restreinte pour répondre à toute la gamme des soins cliniques<sup>1</sup>.

La méthode la plus employée pour maintenir dans des limites tolérables les frais pharmaceutiques acquittés par les deniers publics est d'exiger une participation directe du malade au paiement de chaque ordonnance. Cette méthode a deux conséquences. Elle réalise un partage du total des frais et, dans la mesure où elle suscite un emploi raisonnable des médicaments, elle en abaisse le total. L'Association des pharmaciens du Canada estime que la participation directe du malade au paiement de l'ordonnance peut empêcher l'emploi abusif résultant de l'absorption prolongée de médicaments qui ne sont plus commandés par un diagnostic particulier². L'Association a également exprimé l'avis qu'un ticket modérateur minime prévient probablement l'abus surtout à l'égard des articles bon marché qui ne sont pas habituellement vendus sur ordonnance, comme les articles de la pharmacie familiale³.

L'Association des pharmaciens du Canada souligne, cependant, que l'augmentation des frais d'ordonnances assumés par les malades en Australie et en Grande-Bretagne semble avoir fait fausse route en stimulant apparemment la prescription de quantités plus grandes par ordonnance. L'Australie a adopté un ticket de cinq shillings par ordonnance en mars 1960 et le taux d'utilisation des médicaments a augmenté de 20 p. 100 cette année-là par rapport à l'année précédente. En Grande-Bretagne, le ticket modérateur payable par le malade a été porté de un shilling à deux shillings en mars 1961. Malgré cela, le ticket modérateur existe dans tous les pays du monde occidental qui incluent les médicaments dans leur régime d'assurance-maladie.

La Suède a adopté une liste de médicaments distribués gratuitement aux malades. Il existe une seconde liste en vertu de laquelle le malade paye les trois premières couronnes de l'ordonnance plus la moitié du solde<sup>5</sup>. Au Danemark, l'assurance pharmaceutique porte sur 800 médicaments. L'assuré paye le pharmacien, puis se fait rembourser les trois quarts du prix<sup>6</sup>. En France, les assurances sociales portent sur une longue liste de médicaments. Le malade paye le médicament et se fait rembourser de 70 à 100 p. 100 du prix<sup>7</sup>. En Allemagne, 85 p. 100 de la population est protégée par un régime d'assurances sociales. Il existe une liste officieuse de médicaments vendus sur ordonnance et dont on peut réclamer le remboursement, bien que le médecin prescrive librement ce qu'il juge nécessaire, le remboursement étant laissé à la décision de la caisse. Le malade paye directement 0.5 Deutschmark par ordonnance<sup>8</sup>.

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Transcription, op. cit., 14 mai 1962, vol. 52.

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> L'Association des pharmaciens du Canada inc., op. cit.

<sup>\*</sup> Ibid. \* Ibid

<sup>&</sup>lt;sup>8</sup> Division de la recherche et de la statistique du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, on. cit., p. 164.

<sup>&</sup>lt;sup>6</sup> *Ibid.*, p. 167.

<sup>&</sup>lt;sup>7</sup> *Ibid.*, p. 171.

<sup>8</sup> Ibid., p. 172.

Comme ce qui précède le laisse entendre, il y a parfois divergence d'opinion sur la question de savoir si un paiement direct fait par le malade détourne de l'emploi excessif. Indépendamment de ce qui nous apparaît comme la conclusion logique inéluctable que cela devrait tendre à décourager le gaspillage et indépendamment de la pratique généralisée d'un tel paiement dans d'autres pays, l'expérience acquise au Canada semble aussi conduire à la même conclusion. Il nous a été signalé qu'en Colombie-Britannique les assistés sociaux reçoivent les médicaments gratuitement et leur taux d'utilisation est de 10 par personne par an au lieu de 2.9 par personne par an pour l'ensemble de la population. En Saskatchewan, les assistés sociaux payent 50 p. 100 des frais pharmaceutiques et le taux d'utilisation est de 6.7 au lieu de 2.7 pour l'ensemble de la population. Autrement dit, bien que les taux d'utilisation soient semblables dans les deux provinces pour l'ensemble de la population, il y a une différence considérable entre les taux d'utilisation des assistés sociaux. Bien que le groupe des assistés sociaux en Saskatchewan englobe une proportion plus grande de la population, nous ne pensons pas que cela réduise la valeur de la comparaison.

Le gouvernement du Manitoba nous a proposé que «les régimes d'assurance-maladie assurent les médicaments consommés hors des hôpitaux, et comportent un ticket modérateur approprié». Bien que nous soyons d'accord avec le principe de l'extension de l'assurance-maladie aux médicaments à la condition d'une contribution du malade, nous n'envisageons pas une telle contribution comme un ticket modérateur. Nous l'envisageons plutôt comme un encouragement à l'emploi raisonnable des médicaments vendus sur ordonnance.

Nos conclusions sont les suivantes: a) les frais d'ordonnances pèsent lourdement dans les frais médicaux du Canadien moyen et imposent à beaucoup une charge trop lourde et b) le consommateur moyen de produits pharmaceutiques peut facilement acquitter une proportion raisonnable de chaque ordonnance, sauf dans certaines circonstances, ce qui réduit le coût de l'assurance-médicaments<sup>3</sup>.

### QUALITÉ DES MÉDICAMENTS

Le Directorat des aliments et drogues du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social est le principal organisme d'État qui s'occupe de la qualité des médicaments au Canada. Cet organisme applique la Loi sur les aliments et drogues. Contrairement à ce que beaucoup croient, la loi ne charge pas le gouvernement d'homologuer des médicaments. La méthode employée consiste à définir des délits d'action ou d'omission. Il est permis

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> L'Association des pharmaciens du Canada inc., op. cit.

<sup>2</sup> Gouvernement du Manitoba, mémoire présenté à la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Winnipeg, janvier 1962.

<sup>8</sup> Voir aussi le chapitre 2, recommandation 58.

de vendre tout médicament ou appareil médical qui n'enfreint ni la loi ni les règlements d'exécution. Constitutionnellement, la compétence du gouvernement fédéral dans ce domaine découle de ses responsabilités en matière de droit criminel. Le Directorat des aliments et drogues existe pour découvrir les auteurs de délits et instituer les recours appropriés. Les recours habituels sont la poursuite de la société incriminée ou la saisie du produit qui enfreint la loi. La saisie est considérée comme le plus efficace des deux recours<sup>1</sup>.

Le Directorat des aliments et drogues ne garantit nullement que tous les médicaments mis en vente ont été approuvés ou jugés satisfaisants. Cependant, estimant que mieux vaut prévenir que guérir, le Directorat prend l'initiative d'informer les fabricants et autres intéressés qu'un nouveau produit, une nouvelle étiquette ou une nouvelle réclame risquent d'enfreindre la loi². En de telles circonstances, le fabricant doit continuer à assumer l'entière responsabilité de son produit.

Avant qu'un fabricant puisse mettre un nouveau médicament en vente, il doit se conformer à diverses règles relevant de la Loi sur les aliments et drogues. Nul ne peut mettre en vente un nouveau médicament qui n'a pas été déclaré conforme à la loi par le ministère et cette déclaration n'est délivrée que sur remise et approbation d'une présentation de nouveau médicament comprenant tous les renseignements requis. Les renseignements requis comprennent une description complète des expériences, tests, contrôles et essais cliniques nécessaires pour établir l'innocuité du médicament. Il faut que non seulement tout nouveau médicament, mais toute nouvelle préparation du médicament (c'est-à-dire par un autre fournisseur) soient agréés par le Directorat des aliments et drogues. Il faut donc une nouvelle présentation et une nouvelle déclaration de conformité. Comme ces formalités sont parfois longues et coûteuses, cette condition peut constituer un gros obstacle pour le petit fabricant<sup>3</sup>. Pour donner une idée de ce que représente cette responsabilité particulière, signalons qu'en un an le Directorat des aliments et drogues a revu jusqu'à 180 présentations de nouveau médicament, dont beaucoup comptaient plusieurs centaines de pages de données<sup>4</sup>.

Les lois provinciales sur la pharmacie complètent la Loi sur les aliments et drogues en donnant une liste des médicaments qui ne peuvent être vendus que sur ordonnance<sup>5</sup>. Il existe également sous l'empire de la Loi sur les aliments et drogues des règles précises sur l'étiquetage de ces médicaments, en vue d'informer le médecin, le pharmacien et le public de la façon sûre et appropriée de s'en servir. Des normes de qualité sont définies pour certains médicaments dans les règlements qui contiennent aussi une liste de sommaires officiels qui établissent des normes pour d'autres

<sup>3</sup> *Ibid.*, p. 165 de l'anglais. <sup>4</sup> L'Association des pharmaciens du Canada inc., op. cit., appendice D.

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce, op. cit., p. 156 de l'anglais.

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> Ibid., pp. 160-161.

<sup>&</sup>lt;sup>8</sup> Division de la recherche et de la statistique, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, op. cit., p. 31.

médicaments<sup>1</sup>. Lorsqu'une norme est prescrite par un règlement ou un sommaire, il est interdit de vendre des médicaments qui ne sont pas conformes à la norme. Parmi les qualités fondamentales exigées par la loi figurent les suivantes: le médicament doit être composé comme l'étiquette l'indique; le remède doit y être incorporé de telle sorte que celui qui consomme le médicament en profite pleinement; le médicament doit être exempt de corps étrangers nocifs et son efficacité doit avoir une certaine stabilité.

La Loi sur les aliments et drogues prévoit de larges pouvoirs d'inspection. Leur emploi est cependant laissé à la discrétion des autorités, sauf qu'un minimum d'inspection est exigé à l'égard de certaines matières. Par exemple, aucun médicament de l'Annexe E (qui comprend les arsenics organiques servant au traitement de la syphillis) ne peut se vendre sans que chaque lot de fabrication soit jugé «non nocif»<sup>2</sup>. Ces médicaments ont perdu de leur importance depuis que les antibiotiques les remplacent dans une certaine mesure. La vente d'antibiotiques injectables n'est permise que si les locaux, les procédés et les conditions de fabrication sont de nature à garantir que leur emploi n'est pas nocif. Le ministère délivre un permis annuel après un examen minutieux des procédés, locaux et dossiers du fabricant<sup>3</sup>. L'Annexe H mentionne les médicaments comme la thalidomide et la diéthylamide de l'acide lysergique qu'il est absolument interdit de vendre au public et qu'on ne peut vendre qu'à de petits groupes d'experts pour fin d'enquête. La plupart des médicaments ne sont soumis qu'à une interdiction générale qui vise la fabrication et le stockage dans des conditions insalubres de même que la vente de médicaments ainsi fabriqués ou stockés ou de médicaments adultérés. Le Directorat des aliments et drogues est autorisé à inspecter la distribution à tous les échelons, y compris le détail, mais son personnel restreint ne lui permet de s'occuper sérieusement que des fabricants de médicaments préparés<sup>4</sup>. Le Directorat inspecte environ 450 laboratoires par an.

En plus de l'inspection des laboratoires, le Directorat exécute aussi, naturellement, un vaste programme d'essais en laboratoire. Au cours des trois ans terminés en 1960, le Directorat a ainsi analysé 11,290 échantillons de médicaments. Sur ce total, 4,479 échantillons ont été analysés dans le cadre de l'application de la Loi sur l'opium et les drogues narcotiques. Les chimistes du Directorat consacrent donc une bonne partie de leur temps à l'application de cette loi. Sur le reste des échantillons analysés, il y avait 2,923 échantillons de vitamines et de vitamines avec minéraux, 710 calmants et stimulants, 394 désinfectants systémiques, 358 analgésiques, 314 hormones et substances de caractère hormonal, 227 médicaments autono-

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup>L'Association des pharmaciens du Canada inc., op. cit., appendice D.

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce, op. cit., p. 154 de l'anglais.

<sup>&</sup>lt;sup>3</sup> L'Association des pharmaciens du Canada inc., op. cit., appendice D. <sup>4</sup> Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce, op. cit., p. 155 de l'anglais.

miques, 135 diurétiques, 112 anesthésiques; le reste était un groupe divers comprenant des agents cardiovasculaires, des antihistamines, etc.\(^1\). Dans le témoignage qu'il a présenté à la Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce, le docteur C. A. Morrell a déclaré, au sujet des essais de laboratoire exécutés en 1960, que 30 p. 100 des échantillons pharmaceutiques examinés étaient peu satisfaisants (par exemple, l'efficacité était variable tout en restant dans des limites tolérables), mais 5 p. 100 seulement ont été si peu satisfaisants qu'il a fallu les retirer. Naturellement, les inspecteurs de médicaments examinent principalement ceux dont ils ont quelque raison de se méfier\(^2\).

La Loi sur l'opium et les drogues narcotiques permet la surveillance intérieure du commerce légitime des narcotiques et, en collaboration avec le ministère de la Justice, vise à lutter contre leur commerce illicite. La fabrication en est interdite au Canada, mais des grossistes peuvent en faire le commerce sous l'empire d'un régime de permis et de vérifications. Il existe un registre complet de la source et de la distribution de ces médicaments vendus légalement<sup>3</sup>.

Les médicaments importés sont également inspectés par échantillonnage. Aux postes douaniers où il n'existe pas d'inspecteur des drogues, les douaniers avisent le Directorat des aliments et drogues de l'arrivée de colis de médicaments. Ces colis restent en dépôt jusqu'à ce que le Directorat en ait autorisé l'entrée. Il n'est pas nécessaire de saisir les médicaments importés ou de poursuivre le fournisseur, car il suffit de refuser l'entrée aux médicaments<sup>4</sup>. Le Directorat des aliments et drogues a déjà envoyé un inspecteur outre-mer, en Italie, par exemple, pour inspecter les installations de divers fabricants de ce pays<sup>5</sup>.

L'Association des pharmaciens du Canada nous indique que «le contrôle de la qualité des médicaments exigé par le règlement actuel de la Loi sur les aliments et drogues ne donne pas aux pharmaciens l'assurance suffisante que tous les lots des produits des fabricants répondent aux conditions requises»<sup>6</sup>. L'Association des pharmaciens de Saskatchewan nous a dit que les pharmaciens ne se risquent à vendre des médicaments «génériques» que s'ils sont convaincus de leur pureté et de leur efficacité. Il semble que les médecins hésitent eux aussi à ordonner des médicaments «génériques». L'Association dit que la situation ne changera probablement pas tant que le Directorat des aliments et drogues «ne pourra pas certifier que tous les médicaments non seulement répondent aux normes requises, mais aussi que la

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup>L'Association des pharmaciens du Canada inc., op. cit., appendice D.

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce, op. cit., p. 157 de l'anglais

<sup>&</sup>lt;sup>3</sup> Division de la recherche et de la statistique, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, op. cit., p. 26.

<sup>&</sup>lt;sup>4</sup> Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce, op. cit., pp. 162-163 de l'anglais.

<sup>&</sup>lt;sup>5</sup> *Ibid.*, p. 155.

<sup>&</sup>lt;sup>6</sup> L'Association des pharmaciens du Canada inc., op. cit.

fabrication, la minutie et les procédés de tous les fabricants autorisés sont appropriés»<sup>1</sup>. La Société des pharmaciens du Nouveau-Brunswick a exprimé un point de vue analogue<sup>2</sup>. Par contre, l'Association canadienne des fabricants de produits pharmaceutiques estime qu'il serait pour ainsi dire impossible que le Directorat des aliments et drogues vérifie tous les lots de médicaments. Elle affirme qu'au moins 76,000 lots de médicaments sont mis en vente au Canada par les grandes sociétés chaque année, sans tenir compte de l'apport des importateurs ou des petites sociétés régionales<sup>3</sup>.

Le problème est certainement difficile à résoudre. Les renseignements disponibles indiquent que les économies réalisées par l'achat de médicaments sous leur nom générique sont principalement réalisées par les acheteurs de l'État ou d'institutions qui en achètent de grandes quantités et qui ont les movens d'en vérifier la qualité<sup>4</sup>. La situation comprend, cependant, au moins deux raisons d'espérer. Devant la Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce, le docteur C. A. Morrell en a mis une particulièrement en lumière. Il a dit que les normes de contrôle de la qualité d'une société déterminée dépendent du nombre des produits qu'elle fabrique et de leur nocivité ou efficacité. Les sociétés qui ne fabriquent qu'une série restreinte de produits, dont aucun ne risque d'être nocif, n'ont pas à obéir aux mêmes normes de contrôle de la qualité qu'un gros fabricant de plusieurs centaines de produits dont certains sont incontestablement dangereux. Le docteur Morrell a ajouté qu'à son avis, pour essayer et vérifier convenablement les médicaments au Canada, le Directorat des aliments et drogues devrait tripler ses effectifs d'inspection et de laboratoire<sup>5</sup>.

La Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce a appris que certaines entreprises étrangères permettent, par pure politesse, aux inspecteurs du Directorat des aliments et drogues de visiter leurs établissements, mais ce n'est qu'à l'égard des médicaments des Annexes C et D que le Directorat est autorisé à inspecter «les locaux où les médicaments sont fabriqués ainsi que les procédés et conditions de fabrication dans ces locaux». L'importance de cette entrave à l'égard des approvisionnements étrangers s'explique par le témoignage du professeur J. L. Summers de l'Université de Saskatchewan qui a dit: «Quiconque s'y connaît en pharmacie peut en une seule journée passée sur les lieux en apprendre et en connaître davantage sur la qualité d'un produit qui s'y fabrique qu'il n'en apprendrait en cinq ans par l'analyse et les essais<sup>6</sup>.» Il semble qu'il n'y ait aucune objection manifeste à ce que les inspections à l'étranger soient intensifiées, à condition d'avoir le personnel approprié. Les règles établies sous l'empire de la Loi sur les aliments et drogues, en mars 1963, autorisent l'inspection des laboratoires et le contrôle de la fabrication des médicaments.

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> The Saskatchewan Pharmaceutical Association, op. cit., p. 18.

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> New Brunswick Pharmaceutical Society, soumission finale, op. cit., p. 10.

<sup>&</sup>lt;sup>8</sup> The Canadian Pharmaceutical Manufacturers Association, op. cit., p. 75.

Livre vert, op. cit., p. 265.

<sup>&</sup>lt;sup>5</sup> Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce, op. cit., pp. 156-157 de l'anglais.

Ibid., p. 494 de l'anglais.

L'Association des médecins du Canada souligne que, du point de vue de la profession médicale, les besoins les plus urgents sont les suivants:

- a) trouver le moyen de garantir au médecin que son ordonnance contient effectivement le genre et la quantité de principes actifs, indiquée, même s'il emploie le nom générique sans spécifier le fabricant, et
- b) fournir des renseignements sur les nouveaux médicaments suivant une évaluation objective de leur efficacité et de leur toxicité effectuée par un groupe d'experts indépendants avant d'en autoriser l'emploi général<sup>1</sup>.

#### L'Association des médecins du Canada a recommandé que:

Les responsabilités du Directorat des aliments et drogues soient élargies et comprennent le contrôle de la qualité de tous les médicaments mis en vente et des renseignements dignes de foi sur les nouveaux médicaments<sup>2</sup>.

### COMITÉ CONSULTATIF DES DROGUES

Les problèmes signalés dans la section précédente commandent d'attribuer un rôle accru au Directorat des aliments et drogues du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social ainsi qu'au Comité consultatif canadien des drogues. Connu antérieurement sous le nom de Commission canadienne des normes de pharmacopée, cet organisme se charge entre autres de nommer des comités qui conseillent la Commission de la Pharmacopée britannique sur diverses questions. L'un de ces sous-comités s'occupe de nomenclature3. Lorsqu'un fabricant soumet une demande de visa à l'examen du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, il est prié de donner un «nom propre» à son produit. Le sous-comité de la nomenclature est important car il évite des conflits de noms relevant d'autres autorités. Il peut aussi aider à faire trouver un nom non breveté aussi vite que possible après que le médicament est porté à la connaissance de la profession médicale, ce qui est important puisque l'habitude montre rapidement si le médecin indiquera un nom breveté ou une marque de commerce dans ses ordonnances4.

L'initiative la plus importante que le Comité consultatif canadien des drogues peut prendre pour assurer que le marché canadien ait des médicaments de qualité sûre est celle qu'a recommandée le docteur Mark Nickerson, directeur du Département de pharmacologie et de thérapeutique à l'Uni-

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> L'Association des médecins du Canada inc., mémoire présenté à la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Toronto, mai 1962.

<sup>&</sup>lt;sup>8</sup> Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce, op. cit., p. 15 de l'anglais.

<sup>4</sup> Ibid., p. 492.

versité du Manitoba, dans le témoignage qu'il a présenté à la Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce:

LE DOCTEUR NICKERSON: ... Voici, à mon avis, la seule solution qui soit réellement satisfaisante: il faudrait que chaque médicament lancé au Canada se conforme au moins à certaines exigences minima. Le Comité consultatif canadien des drogues, dont je fais partie, a établi, en collaboration avec le Directorat des aliments et drogues, une nouvelle série de règlements qui prévoient l'enregistrement de la source des produits pharmaceutiques, importés ou non, et des épreuves déterminées; je crois donc que, si le Directorat des aliments et drogues possédait ou obtenait les moyens nécessaires d'atteindre ce but, il pourrait donner l'assurance que les produits pharmaceutiques en vente sont conformes aux normes établies; je ne vois pas, cependant, de solution au problème que pose la publicité des médicaments sous leur nom générique sans obtenir d'abord la certitude fondamentale que le produit satisfait à ces exigences minima.

LE PRÉSIDENT: Relativement à votre proposition de modifier les méthodes suivies par le Directorat des aliments et drogues, croyez-vous que, s'il adopte vos propositions, il obtiendra une connaissance assez exacte des médicaments en vente au Canada?

LE DOCTEUR NICKERSON: Je crois qu'il le pourrait ou du moins qu'il obtiendrait beaucoup de renseignements dans ce domaine. La seule chose que je ne sache pas par expérience, c'est les moyens dont le Directeur des aliments et drogues dispose à l'heure actuelle pour réaliser ce programme. Il lui faudrait peut-être plus de personnel.

LE PRÉSIDENT: A votre avis, serait-il impossible d'entreprendre l'épreuve à fond de tous les lots de médicaments qui arrivent sur le marché?

Le docteur Nickerson: Oui. C'est pour cette raison que le comité de publicité a fait les propositions suivantes: la nécessité d'obtenir des données analytiques et des renseignements sur l'origine des ingrédients bruts employés à la fabrication du produit et en outre, lorsque le Directeur le jugerait nécessaire, l'inspection des fabriques; et, même si la tâche est considérable, je crois qu'il parviendrait plus facilement à vérifier les dossiers et les analyses, et ainsi de suite, qu'à faire l'épreuve même de tous les produits pharmaceutiques, et le reste<sup>1</sup>.

Le Comité consultatif des drogues dont il est question ci-dessus est composé de médecins, de pharmaciens et de représentants de l'industrie pharmaceutique. Nous en concluons qu'il est nécessaire de renforcer le dispositif de consultation entre le Directorat des aliments et drogues du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, les professionnels et l'industrie des produits pharmaceutiques. Nous croyons en particulier: a) que la représentation devrait y être élargie; b) que le domaine des responsabilités devrait être agrandi pour permettre au Comité d'aider le ministère plus efficacement dans son travail relatif à la qualité et à l'efficacité des médicaments; et c) qu'il faudrait lui fournir un personnel suffisant et les autres ressources nécessaires<sup>2</sup>.

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> *Ibid.*, pp. 172-173.

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> Voir chapitre 2, recommandation 61.

# PHARMACOPÉE ET FORMULAIRE PHARMACEUTIQUE NATIONAL

Bon nombre de pays reconnaissent qu'il est nécessaire d'adopter des normes légales pour définir les caractéristiques, établir le degré de pureté et réglementer le dosage des médicaments. Ces normes sont énoncées dans les «Pharmacopées» qui contiennent des listes de médicaments assorties d'essais descriptifs et de formules de préparation. De nombreux pays ont leur pharmacopée nationale, telle la Pharmacopée britannique au Royaume-Uni, la Pharmacopée des États-Unis, le Codex Medicamentarius Gallicus (Codex français) en France, le Deutsche Arzneibuch (Pharmacopée allemande) en Allemagne, etc. Depuis un certain nombre d'années, des efforts tendent à l'établissement d'une pharmacopée internationale. Le premier pas a été fait à Bruxelles en 1902 par la création de la Conférence internationale pour l'unification des médicaments puissants. Le travail a été repris par la Société des nations et plus tard par l'Organisation mondiale de la santé qui a institué un comité de la pharmacopée internationale dont le premier volume d'une pharmacopée internationale en trois langues, l'anglais, le français et l'espagnol, a paru en 1950. Le second volume a été terminé en 1955 et un supplément a paru en 1959.

Au Canada, il n'existe pas de pharmacopée nationale proprement dite. Cependant, la Loi sur les aliments et drogues autorise à établir par règlement des normes de composition, de teneur, de pureté, d'efficacité, de qualité et d'autres propriétés des médicaments; c'est ce qui s'est fait pour un certain nombre de préparations. De plus, la Pharmacopée britannique, la Pharmacopée des États-Unis, la Pharmacopée internationale et le Codex français sont reconnus comme textes officiels relatifs aux médicaments dans une annexe à la Loi sur les aliments et drogues.

En plus d'une pharmacopée nationale, un certain nombre de pays ont un autre ouvrage de référence sur les médicaments appelé «Formulaire», c'est-à-dire une collection de recettes, formules et ordonnances. C'est ainsi qu'il existe aux États-Unis un Formulaire national qui s'ajoute à la Pharmacopée des États-Unis pour stimuler l'uniformisation des noms et des formules des médicaments largement utilisés mais non décrits dans la Pharmacopée des États-Unis. Dans d'autres pays, le formulaire prend le nom de Codex, comme le Codex pharmaceutique britannique. Ces recueils de normes sont admis comme textes officiels relatifs aux médicaments; ils définissent les normes et les épreuves d'identité, de pureté et de qualité des médicaments pour garantir autant que possible l'uniformité de leurs propriétés physiques et de leurs constituants actifs. De plus, ils normalisent les noms et formules des médicaments très employés. Comme dans le cas de la Pharmacopée, une annexe de la Loi sur les aliments et drogues reconnaît les textes ci-dessus comme recueils officiels des normes relatives aux médicaments au Canada.

A l'heure actuelle, le Canada n'a pas de recueil complet de normes nationales relatives aux médicaments. Il y a un certain nombre d'années, on

a tenté de créer un recueil national canadien appelé Formulaire canadien. Ce document, rédigé et publié à l'origine en 1905 avec l'autorisation du Collège des pharmaciens de l'Ontario, est demeuré la propriété du Collège et a été revisé cinq fois jusqu'en 1929, où il est devenu la propriété de l'Association des pharmaciens du Canada. La dernière révision a été entreprise par la Conférence canadienne des facultés de pharmacie pour l'Association des pharmaciens du Canada et la dernière édition (la septième), publiée en 1949, comprend environ 130 formules de préparations choisies. Un grand nombre des préparations extemporanées qui figuraient dans les révisions antérieures ont été éliminées de la septième édition. Le formulaire est maintenant désuet et est rarement cité comme document de normes relatives aux médicaments au Canada.

Il semble bien que les marques de fabrique peuvent avoir à jouer un rôle utile. Il arrive que chaque principe actif ait son nom générique ou son nom chimique mais qu'il n'y ait pas de nom non breveté pour le mélange lui-même. Dans ce cas, il est plus facile de décrire le mélange par une simple marque de fabrique plutôt que par la liste de tous ses principes actifs. La Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce a conclu, cependant, que les marques de fabrique qui s'appliquent à des drogues simples et aux quelques composés «officiels» qui existent déjà ont peut-être un intérêt commercial mais n'ont qu'un intérêt douteux du point de vue médical et social. Nous estimons, comme la Commission, que les marques de fabrique dans le cas de ces médicaments augmentent inutilement la multiplicité des noms et le danger de confusion. Elles tendent à accroître les frais de publicité car la plupart font l'objet d'une réclame à part; elles tendent enfin à se substituer aux noms propres et à réduire la concurrence en empêchant l'administration d'autres préparations du même médicament¹.

Il est difficile de généraliser l'emploi des noms génériques pour désigner les médicaments du fait que de tels noms n'existent pas pour beaucoup d'entre eux et qu'il n'est parfois pas possible de leur en donner un. A titre d'exemple, citons les résultats d'une enquête faite en 1960 par les *Prescription Services Incorporated*, de Windsor, qui ont analysé une série ininterrompue de 889 ordonnances, à deux époques différentes. Sur le total des ordonnances, 5 p. 100 avaient une composition extemporanée; 7 p. 100 se composaient de produits à nom générique et 88 p. 100 se composaient de produits de marque de fabrique. Ce dernier chiffre de 88 p. 100 peut encore se subdiviser de la façon suivante: 42 p. 100 du total des ordonnances contenaient plus d'un constituant médicinal; 28 p. 100 n'avaient qu'un seul constituant que l'on pouvait se procurer sous un nom générique ou sous un nom de fabrique; 14 p. 100 n'avaient qu'un seul constituant dont il n'existait aucune autre marque et 4 p. 100 ne comprenait qu'un seul constituant que l'on pouvait se procurer sous plus d'une marque de fabrique<sup>2</sup>.

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce, op. cit., p. 496 de l'anglais.

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> L'Association des pharmaciens du Canada inc., op. cit.

Bien qu'une liste de médicaments à nom générique permette aux hôpitaux de réaliser les gains les plus impressionnants par l'emploi d'un formulaire, il résulte naturellement du régime en vigueur que les médicaments de marque de fabrique y sont aussi énumérés. Un formulaire d'hôpital est essentiellement un recueil de descriptions de produits pharmaceutiques qui traduisent le jugement clinique du personnel médical. Sous le régime du formulaire d'hôpital, un médecin d'hôpital convient que, lorsqu'il ordonne un médicament sous son nom de spécialité, le pharmacien de l'hôpital est autorisé à fournir le même médicament sous son nom non breveté ou sous une marque différente. Un comité de pharmacie et de thérapeutique, composé essentiellement de médecins, étudie et choisit les médicaments que les membres du comité considèrent comme les plus utiles. Dans la pratique, il paraît qu'il est essentiel d'obtenir le consentement de toutes les personnes autorisées à rédiger une ordonnance avant de mettre en vigueur un formulaire d'hôpital<sup>1</sup>.

Les formulaires d'hôpitaux sont très employés dans tout le Canada. Une enquête sur les pharmacies d'hôpitaux, menée par la Faculté de pharmacie de l'Université de Toronto en 1957, a pu l'établir grâce aux 314 réponses d'hôpitaux de différentes régions du pays. Sur ce total, 71 hôpitaux ont déclaré qu'ils avaient un formulaire tenu régulièrement à jour, 94 ont signalé qu'ils avaient une liste de médicaments tenue à jour, 53 on dit nettement qu'ils n'avaient pas de formulaire tenu à jour, 29 ont signalé que leur liste de médicaments n'était pas tenue à jour et un certain nombre n'ont pas

répondu à cette question2.

Pour le médecin, le formulaire d'hôpital est un moyen d'enseignement. Un bon formulaire donne le nom générique du médicament et ses différentes marques de fabrique. Il renseigne également le médecin sur le nombre d'agents thérapeutiques similaires qui peuvent être à sa disposition dans l'hôpital. Le formulaire cherche à suggérer de bons remèdes et à guider le médecin dans le choix des médicaments. Donc, si le régime du formulaire peut limiter le médecin dans son choix de marques, il peut aussi l'aider à choisir la marque. Cela ne restreint certainement pas la disponibilité ni son choix du médicament.

Tout en servant à améliorer les soins hospitaliers, un formulaire d'hôpital permet aussi de réaliser des économies en réduisant le double emploi. Il a pour résultat important de réduire le stock et de permettre l'achat de plus grandes quantités du même médicament à la fois. L'Association des pharmaciens du Canada en explique ainsi les répercussions:

Ce régime tend à réduire les frais des hôpitaux. Du point de vue du fabricant, le régime du formulaire tend à réduire considérablement, dans les hôpitaux comme dans les institutions du gouvernement (ou même à éliminer), la protection que comporte normalement la marque de fabrique. Par suite des ventes effectuées aux hôpitaux sous le régime des

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> J. L. Summers, professeur à l'Université de Saskatchewan, cité par la Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce, op. cit., p. 472 de l'anglais.

<sup>2</sup> Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux, op. cit.

appels d'offres ou de soumissions, puis par suite de l'élimination de la protection dont jouit la marque de fabrique, le fabricant doit faire face à une concurrence intense, en matière de prix...¹

Nous parlerons plus tard des dépenses énormes que font les fabricants de produits pharmaceutiques pour différencier leurs produits. Le régime du formulaire tend à annuler les effets de ces dépenses et l'on pourrait s'attendre à ce que de telles dépenses soient réduites.

Quelques provinces ont essayé d'établir un formulaire pharmaceutique. En Saskatchewan, par exemple, les conseils régionaux d'hôpitaux, composés d'un certain nombre d'hôpitaux dans une localité assez bien définie, ont établi un service consultatif de pharmacie qui assure l'achat des médicaments en coopérative et s'occupe de la création de formulaires d'hôpitaux2. En outre, le Collège des médecins et chirurgiens de Saskatchewan a un comité de pharmacie qui, en collaboration avec le ministère de la Santé publique. règlemente certains des médicaments qui sont inscrits sur la liste des médicaments fournis gratuitement en vertu du régime d'assurance médicale3. En 1959, le régime des services hospitaliers du Manitoba a engagé un pharmacien d'hôpital pour aider les hôpitaux à améliorer leurs méthodes d'achat et à établir des formulaires. Une enquête menée au Manitoba en 1961 a révélé que moins de 20 p. 100 des ordonnances relevant du régime d'assurance médicale étaient rédigées d'après le formulaire distribué aux médecins. Il semble depuis quelque temps que les médecins se servent davantage du formulaire officiel. Nous avons appris que les Hôpitaux associés du Manitoba étudient depuis quelque temps la possibilité d'adopter l'achat groupé, mais ils croient que le succès du programme dépend dans une grande mesure de l'établissement d'un formulaire acceptable<sup>4</sup>.

Selon la Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux, «le facteur qui a le plus de poids dans la décision que prend un hôpital d'établir un formulaire d'hôpital est la question de temps. Le choix des agents thérapeutiques à y inscrire exige de nombreuses réunions avec les membres du Comité de pharmacie et de thérapeutique. La monographie de chaque médicament exige de nombreuses heures de recherche et de vérification de la part du pharmacien, plus un travail de bureau considérable pour la reproduction du texte sous une forme qui convienne à l'examen qu'en fera le Comité de pharmacie et de thérapeutique et qui soit acceptée par le personnel médical. Si l'ouvrage doit être imprimé, une nouvelle vérification et la lecture des épreuves ajoutent des retards supplémentaires. Il en résulte que le formulaire est habituellement dépassé avant son achèvement et il devient nécessaire de le réviser immédiatement».

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce, op. cit., p. 487 de l'anglais.

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> Division de Saskatchewan de la Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux, mémoire présenté à la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Regina, janvier 1962.

<sup>&</sup>lt;sup>8</sup> Transcription, op. cit., 24 janvier 1962, vol. 19.

Le gouvernement du Manitoba, op. cit.

<sup>&</sup>lt;sup>5</sup> Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux, op. cit.

Il est donc facile de comprendre que, dans le mémoire qu'elle nous a adressé, la Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux recommande «l'établissement par les pharmaciens du Canada d'un service canadien des formulaires d'hôpitaux financé par un abonnement» et une certaine aide du gouvernement<sup>1</sup>. Nous avons appris qu'il existe déjà un service américain de formulaires en vertu duquel on peut acheter un formulaire initial au prix de \$15 et qu'un abonnement de \$5 par an permet de tenir à jour. Le Comité de pharmacie et de thérapeutique de tout hôpital abonné au service peut alors choisir les monographies qu'il souhaite insérer dans son propre formulaire. Étant donné qu'il y a des localités où n'existe qu'un hôpital qui se sert d'un formulaire, il est difficile d'imaginer que les médecins s'opposent sérieusement à l'emploi d'un formulaire hors de l'hôpital alors qu'ils n'ont aucune objection à se servir d'un formulaire à l'hôpital. La section ontarienne de la Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux s'est déclarée très en faveur d'un formulaire pharmaceutique national qui lui paraît «réalisable» «et qui serait un guide merveilleux . . . pour les petits hôpitaux en Ontario», tout en réduisant probablement le coût des médicaments et en permettant de mieux soigner le malade<sup>2</sup>. L'Association des pharmaciens du Canada nous a dit qu'elle croit «qu'il est possible d'introduire dans notre libre entreprise une certaine mesure de contrôle afin de réagir contre le double emploi excessif des produits pharmaceutiques. Une réduction appréciable des stocks de médicaments qui laisse au médecin l'entière liberté d'ordonner le médicament de son choix et de se fier à la compétence du pharmacien pour le fournir devrait permettre de réduire les frais médicaux du malade»3.

Nous en concluons qu'il est indispensable à l'aménagement rationnel des services pharmaceutiques qui feraient partie d'un régime général d'assurance-maladie que le Canada ait un formulaire pharmaceutique national approprié, complet et à jour<sup>4</sup>.

### SERVICE DE RENSEIGNEMENTS SUR LES MÉDICAMENTS

Comme nous l'avons déjà dit, l'Association médicale canadienne a signalé que la profession médicale veut avoir au plus tôt la certitude que la qualité des médicaments ordonnés est satisfaisante<sup>5</sup>. L'Association estime qu'il n'y a ni assez d'installations ni assez de personnel compétent pour exécuter une bonne évaluation préalable à la commercialisation des nouveaux médicaments au niveau clinique. Elle a recommandé que les pouvoirs et les res-

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Transcription, op. cit., 18 mai 1962, vol. 56.

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> Ibid.

<sup>&</sup>lt;sup>8</sup> L'Association des pharmaciens du Canada inc., op. cit.

Voir aussi le chapitre 2, recommandation 62.

<sup>&</sup>lt;sup>5</sup> L'Association des médecins du Canada, op. cit.

sources nécessaires soient confiés au Directorat des aliments et drogues pour lui permettre d'étendre son travail. Elle a ajouté que, selon elle, «le service de renseignements susciterait la collaboration spontanée des spécialistes canadiens de la pharmacie et de la pharmacologie, de la recherche, de l'investigation clinique et de la médecine»<sup>1</sup>.

Nous avons déjà discuté assez longuement le problème d'assurer que le marché canadien soit approvisionné en médicaments de haute qualité. Quant aux renseignements à fournir au sujet de l'efficacité et de la toxicité, les témoignages présentés à la Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce démontrent que les médecins ont en général du mal à se tenir au courant des progrès réalisés dans le domaine pharmaceutique<sup>2</sup>. Il semble qu'à cet égard il y ait deux dangers. D'une part, les médecins peuvent accepter des revendications publicitaires qui n'ont pas été suffisamment confirmées; d'autre part, il est possible qu'un agent vraiment efficace passe inaperçu dans la masse des renseignements que reçoivent les médecins. Les témoignages présentés à la Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce indiquent que le temps nécessaire pour suivre les textes relatifs aux nouveaux médicaments présente aussi un problème pour certains pharmaciens<sup>3</sup>.

Il est possible qu'un service de renseignements organisé par l'État soit en général bien accueilli dans tout le pays. Le gouvernement du Manitoba a recommandé, par exemple, «un agrandissement des services nationaux d'évaluation de l'efficacité et de la qualité des médicaments et de la distribution de renseignements à cet égard aux médecins et aux pharmaciens »<sup>4</sup>. L'Association des pharmaciens de Saskatchewan s'est déclarée en faveur d'un bulletin mensuel publié par le gouvernement et destiné à donner les renseignements de bonne source les plus récents sur les nouveaux médicaments; elle préconise aussi l'établissement sous les mêmes auspices d'un service supplémentaire, qui répondrait aux questions particulières des médecins ou des pharmaciens<sup>5</sup>. Dans le mémoire qu'elle nous a présenté, la Fédération canadienne de l'agriculture a recommandé l'institution, aux frais de l'État, d'un tel service de renseignements<sup>6</sup>. La Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce a signalé dans son rapport qu'elle avait reçu beaucoup de mémoires qui insistaient sur le besoin d'une publication qui donnerait une évaluation objective et critique des nouveaux médicaments, et que la plupart l'envisageaient comme le fruit de l'initiative gouvernementale7.

<sup>1</sup> Ibid:

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce, op. cit., p. 207 de l'anglais.

<sup>&</sup>lt;sup>3</sup> Ibid., p. 209.

<sup>&#</sup>x27;Gouvernement du Manitoba, op. cit.

<sup>&</sup>lt;sup>5</sup> Transcription, op. cit., 24 janvier 1962, vol. 19.

<sup>&</sup>lt;sup>6</sup> La Fédération canadienne de l'agriculture, mémoire présenté à la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, mars 1962.

<sup>&</sup>lt;sup>7</sup> Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce, op. cit., p. 250 de l'anglais.

L'extrait suivant d'une déclaration d'un représentant d'un des principaux fabricants montre que les fabricants de produits pharmaceutiques y sont favorables:

... A ce sujet, nous aimerions voir créer un bulletin officiel (ou toute autre publication faisant autorité) destiné à tenir les médecins, les hôpitaux et les agences d'achat de médicaments au courant des derniers progrès de l'industrie pharmaceutique. A notre avis, il y a longtemps que le besoin d'une telle revue se fait sentir et nous serions prêts à collaborer activement à sa publication.

Nous avons entrepris quelques recherches préliminaires à ce sujet et nous avons reçu des encouragements de la part de membres du corps médical et de l'industrie elle-même. Nous estimons que, pour faire autorité en la matière, cette publication devrait recevoir l'approbation du corps médical, de préférence de l'Association médicale canadienne, de même que celle de l'État. À ce propos, le Directorat des aliments et drogues dispose déjà des moyens nécessaires pour contribuer notablement à la formation d'une organisation capable de publier une revue de ce genre. Nous sommes persuadés que la plupart des principaux fabricants de médicaments contrôlés seraient très heureux de fournir à cette revue des données et des résultats de recherches cliniques.

En cas de succès, ce travail de collaboration pourrait peut-être s'étendre à un domaine plus vaste qui comprendrait l'étude des déclarations faites au sujet des produits, l'institution de normes améliorées de pureté et de qualités, des rapports sur les essais cliniques et d'autres questions impor-

tantes pour l'industrie1.

Un tel service de renseignements fonctionne déjà en Grande-Bretagne. Tous les deux mois, le ministère de la Santé y distribue gratuitement aux médecins le *Prescribers Journal* qui vise à leur donner le plus rapidement possible des renseignements sûrs au sujet des nouveaux produits pharmaceutiques et des résultats des essais cliniques. A propos de ce service, l'Association médicale canadienne a mis le doigt, dans un article de son *Journal*, sur un problème inéluctable: un périodique publie rapidement des renseignements qui risquent ainsi d'être inexacts et peut-être trompeurs, ou bien attend que le produit ait mieux fait ses preuves et publie alors des renseignements qui ne sont plus de fraîche date<sup>2</sup>.

Nous n'avons fait allusion jusqu'à présent qu'à l'amélioration des soins médicaux qu'aurait une meilleure diffusion de renseignements sur les nouveaux médicaments. Mais il se peut que la répercussion sur les frais du malade en soit encore plus grande si un service de renseignements peut inciter les médecins, d'une façon générale, à prescrire davantage au moins quelques-uns des médicaments moins coûteux. En outre, il est vraisemblable que la mise au point d'une autre méthode efficace de diffusion des renseignements sur les nouveaux médicaments réduise la masse des frais de publicité et de réclame des fabricants canadiens de produits pharmaceutiques. Cet objectif nous paraît très digne d'intérêt s'il permet de réduire les prix de revient et de vente des médicaments.

<sup>1</sup> *Ibid.*, p. 250-251.

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> Ibid., p. 256.

Nous concluons qu'un service de renseignements sur les médicaments publiant des rapports périodiques, à jour et sûrs, aiderait médecins et pharmaciens à prodiguer de meilleurs services de santé et que le service pourrait contribuer à la longue à réduire les prix de revient et de vente des médicaments<sup>1</sup>.

Dans le présent chapitre, nous avons étudié la nature particulière des médicaments en tant que biens, en insistant surtout sur les médicaments prescrits et sur l'industrie qui les fournit. Il reste encore beaucoup à dire sur l'industrie pharmaceutique. Au chapitre 16, nous parlons de la fabrication, de l'importation, de la distribution (y compris la réclame), de l'emprise étrangère sur l'industrie, de la recherche et du développement de nouveaux produits. Puis, au chapitre 17, nous parlons du prix de revient et de vente des médicaments y compris les brevets, les marques de fabrique, les tarifs et les procédés d'établissement des prix. Les recommandations fondées sur les conclusions de ces trois chapitres se trouvent au chapitre. 2.

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Voir chapitre 2, recommandation 62.