10

Évolution de l'assurance-maladie au Canada

LES DÉBUTS

L'assurance-maladie, c'est-à-dire le paiement anticipé des frais médicaux, existe depuis longtemps au Canada. D'aucuns seront étonnés d'apprendre que le premier contrat d'assurance médicale en Amérique du Nord remonte à près de trois siècles. En effet, le 3 mars 1665, en la ville maintenant connue sous le nom de Montréal, un contrat était signé par un maître chirurgien de Ville-Marie et dix-sept chefs de famille. Il a dû susciter de l'intérêt car, un mois plus tard, six autres chefs de famille se présentaient chez le notaire afin de figurer au contrat. Plusieurs années plus tard, le premier contrat de services hospitaliers internes faisait son apparition liant la Mère supérieure des Dames religieuses hospitalières, d'une part, et Jean Martinet des Fontblanche et Antoine Forestier, maîtres chirurgiens, d'autre part. Ces derniers s'engageaient «à servir bien et fidèlement l'hôpital de Ville-Marie, à traiter, panser et soigner tous les malades qui peuvent s'y trouver, l'un et l'autre assurant la relève après chaque trimestre, et à visiter lesdits malades assidûment à environ sept heures, et chaque matin, ou à toute autre heure au besoin . . .»[1].

Compte tenu des connaissances et des techniques acquises depuis ce temps-là, on constatera que les deux contrats renferment les principaux éléments d'un bon accord moderne.

L'histoire indique que, dans la période moderne l'assurance-maladie s'est développée presque simultanément dans tout le Canada. Un des exemples les plus anciens d'un hôpital particulier possédant un régime d'assurance est l'hôpital St-Joseph de Victoria, en Colombie-Britannique. En 1878 l'hôpital annonçait «l'admission gratuite, (—) les visites de médecins à prix réduit et les médicaments sans frais» pour un versement mensuel de un dollar.

Les procès-verbaux de la *Nova Scotia Provincial Workers' Association* nous apprennent que, dès 1883, les employeurs de la région houillère de Glace-Bay retenaient un certain montant sur le salaire de leurs employés à titre d'abonnement aux services médicaux et aux soins hospitaliers. Pourtant, ce n'est qu'en 1903 que l'Assemblée législative de la Nouvelle-Écosse légalisait la pratique des déductions à la source. Obligatoires pour tous les employés de la société minière, les déductions étaient versées, à tant par tête, au

[1] *Bulletin of the History of Medicine*, vol. XXVIII, n° 6, novembre-décembre, 1954.

médecin et à celui des deux hôpitaux que chaque cotisant avait désignés. Apparemment, ce fut le premier régime canadien de retenues pour fins de services médicaux. Des mesures semblables furent adoptés au pays dans d'autres centres miniers ou forestiers. Parmi les plus importantes, on remarque le régime de l'*Hollinger Consolidated Gold Mines,* à Timmins (Ontario), les contrats de la *Consolidated Mining and Smelting Company,* à Trail (Colombie-Britannique), et les régimes établis au bénéfice des employés de mines à Nanaimo, Chemainus et Port-Alberni, en Colombie-Britannique. Il va de soi que ces régimes se limitaient aux employés et aux personnes à leur charge.

Dans les Prairies, le régime des paiement spontanés versés à l'avance a fait son apparition bien avant le tournant du siècle. L'hôpital général de Medicine-Hat, établi en 1889, fut le premier établissement du genre, financé par le public, à être construit dans ce qui faisait partie alors des Territoires du Nord-Ouest. Aménagé grâce aux dons des maisons d'affaires, aux collectes privées et aux subventions du gouvernement territorial, l'hôpital se finança partiellement par un régime de billets d'assurance-hospitalisation aux termes duquel le conseil d'administration s'engageait «à fournir le logement, la nourriture ainsi que les soins médicaux et infirmiers» pendant une année à toute personne qui achetait un «billet de cinq dollars» pour une période d'un an. Plusieurs centaines de personnes profitèrent du régime la première année.

L'idée d'effectuer des versements anticipés par l'achat de «billets» d'assurance-hospitalisation, de l'hôpital même, a fait son chemin jusque dans l'Est. L'Hôtel-Dieu de Chatham, au Nouveau-Brunswick, était au nombre de ces hôpitaux entreprenants. Une lettre envoyée le 5 octobre 1907 par la Mère supérieure au gérant d'un camp de bûcherons nous apprend que, vu le nombre d'hommes qui sont hospitalisés «après avoir été blessés ou avoir contracté une maladie en forêt», les religieuses ont décidé «cette année, d'émettre des 'billets d'admission' à l'hôpital». Un livret contenait vingt billets de $3 chacun. Les responsables des camps et d'autres hommes d'affaires furent invités à aider à la diffusion et à la vente des livrets. Encore ici, il s'agissait d'une assurance complète comprenant «les médicaments, les soins médicaux et le couvert» à l'Hôtel-Dieu, «n'importe quand au cours des six mois suivant la date du billet».

Assurance-maladie privée

Ces régimes isolés, établis au début du siècle environ, furent nettement les précurseurs des régimes d'assurance actuels. Une étude effectuée en 1934 par le comité de l'assurance-hospitalisation collective de l'Association médicale canadienne, montre que, dans six provinces, vingt-sept hôpitaux avaient alors leur régime de paiement par anticipation. Deux de ces régimes, l'un à Edmonton et l'autre à Kingston, présentent un intérêt particulier. Le premier, connu sous le nom d'*Edmonton Group Hospitalization,* réunissait les quatre hôpitaux généraux de la ville. Seules les personnes faisant partie d'un groupe pouvaient y participer, la prime étant de soixante cents par mois pour chaque adulte. Les avantages comprenaient l'hospitalisation en salle commune et la fourniture de services spéciaux à moitié prix. Le régime s'est perpétué jusqu'au

lendemain de la seconde Guerre mondiale alors qu'il est devenu le noyau du régime de la Croix-Bleue de l'Alberta.

Le régime de Kingston, mis sur pied en 1933, assurait des services à l'hôpital général de Kingston et à l'Hôtel-Dieu. Ses modalités étaient différentes de celles du régime d'Edmonton; il comportait le remboursement partiel des frais du malade et ce dernier avait droit de passer jusqu'à dix jours dans une chambre semi-privée ou quinze jours dans une salle commune, le nombre maximum de jours d'hospitalisation pour une famille étant de quinze jours, dans le premier cas, et de vingt dans le second. A la fin de l'année, les fonds en caisse étaient répartis entre les malades, chacun recevant la proportion de ses dépenses que le solde de la caisse représentait par rapport à l'ensemble des recettes provenant des hospitalisés. Les versements globaux de la caisse représentaient 60 p. 100 de l'ensemble des frais hospitaliers exigés des malades.

Un régime portant le nom de *Voluntary and Provident Hospitalization Plan* et ressemblant davantage au régime d'Edmonton fut aussi lancé par l'hôpital général *St. Michael* de Lethbridge. A l'instar des régimes municipaux de l'Alberta, il était fondé sur des versements «d'un dollar par jour» par malade et offrait une assez vaste gamme d'avantages contre le paiement d'une prime de $6 par année.

Ces divers régimes, deuxième étape dans l'établissement au Canada de services de santé payés à l'avance, devaient éventuellement donner naissance à la Croix-Bleue. Dans l'intervalle, nombre d'autres événements survenaient au sein de l'administration publique un peu partout au pays qui témoignaient d'un intérêt plus vif pour les services tant médicaux qu'hospitaliers.

Assurance-maladie publique[1]

C'est dans les provinces de l'Ouest que les gens ont demandé pour la première fois aux pouvoirs publics de les aider à acquitter leurs frais médicaux et hospitaliers. Cela n'a rien d'étonnant puisque l'Ouest souffrait de deux désavantages par rapport à l'Est. En l'absence de personnes très fortunées, il ne fallait pas compter sur la philanthropie pour financer les installations requises ni pour combler les déficits des hôpitaux. Par ailleurs, vu la faible densité du peuplement, le gouvernement devenait l'intermédiaire le plus approprié pour régler les problèmes de ce genre.

Dans toutes les provinces canadiennes, la responsabilité de fournir des soins aux malades indigents retombait sur les municipalités, conformément à l'esprit des lois sur l'assistance publique du temps d'Élisabeth I. Par conséquent, il était bien naturel que le gouvernement sentît le besoin d'établir un hôpital chaque fois qu'un organisme à caractère religieux avait manqué de le faire.

Tant en Alberta qu'en Saskatchewan, des mesures législatives furent adoptées pour grouper les villes, les villages et les municipalités rurales en

[1] Renseignements fournis par le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social. Voir page 386 pour renvoi [1].

circonscriptions hospitalières où une administration locale spéciale était chargée de s'occuper de la construction et de l'entretien des hôpitaux. En 1916, la Saskatchewan adoptait l'*Union Hospital Act* et le régime des hôpitaux régionaux a pris sans cesse de l'expansion par la suite. En 1920, il y avait dix circonscriptions hospitalières, mais leur nombre avait doublé dix ans plus tard. Seulement trois furent constituées au cours des années 30, mais on en compte maintenant 111 dans la province; elles englobent plus de la moitié de la population[1].

Il s'ensuit que la plupart des hôpitaux de la Saskatchewan sont du genre régional. Grâce au régime, des régions rurales qui n'auraient jamais pu avoir un hôpital ont pu en construire un et en assurer l'entretien.

En 1917, on a élargi la portée de l'*Union Hospital Act* afin de permettre au conseil d'administration de conclure un accord avec une municipalité en vue du versement de contributions annuelles à l'hôpital soit par un tarif quotidien pour les malades admis à l'hôpital, soit par un montant fixe qui remplacerait le tarif ou s'y ajouterait. Comme les municipalités payaient déjà les frais hospitaliers des indigents, il était logique pour elles d'assumer ces frais à l'endroit de tous leurs ressortissants, quitte à obtenir les fonds nécessaires par l'intermédiaire de la taxe foncière générale. Même si elles ne se fondaient sur aucune autorisation légale pour le faire, il semble qu'au moins dix municipalités avant 1919 fournissaient ainsi à leur ressortissants des soins hospitaliers payés à l'avance. Les régimes municipaux d'assurance-hospitalisation furent légalisés par l'adoption d'une loi spéciale, en collaboration avec l'Assemblée législative de l'Alberta, afin de permettre à la ville de Lloydminster, qui chevauche la limite qui sépare l'Alberta de la Saskatchewan, de fournir des fonds «pour assurer l'entretien et l'expansion de l'hôpital régional de Lloydminster» et «pour payer les frais encourus à l'hôpital par leurs contribuables et ressortissants respectifs». En 1942, 88 municipalités rurales ou parties de telles municipalités administraient leurs propres régimes de soins hospitaliers.

Le régime du médecin municipal de la Saskatchewan a joui d'une publicité beaucoup plus étendue que celle du régime des hôpitaux régionaux ou celle des régimes municipaux de soins hospitaliers. La question retient l'attention de ceux qui s'intéressent à l'économie de la médecine depuis que le Comité américain du coût des soins médicaux a publié la monographie du docteur Rufus Rorem sur le régime du médecin municipal, en 1931. Au moment où le docteur Rorem rédigeait son étude, le régime comptait seize années d'existence et englobait cinquante-deux municipalités. A son apogée, en 1948, 107 municipalités, 59 villages et 14 villes avaient passé contrat avec 180 médecins qui assuraient des services à plein temps ou à temps partiel.

Le régime du médecin municipal a été établi en Saskatchewan il y a un demi-siècle. En 1914, la municipalité rurale de Sarnia était sur le point

---

[1] Pour une description de l'établissement direct par les provinces de services publics médicaux et hospitaliers, ainsi que de régimes destinés à pourvoir aux indigents, voir le chapitre 8.

Voir page 385 pour renvoi [1].

de perdre son médecin; pour l'encourager à rester, le conseil municipal lui offrit, sans autorisation législative, des honoraires annuels de $1,500. Deux ans plus tard, l'Assemblée législative modifiait la loi sur les municipalités rurales afin d'autoriser les conseils municipaux des collectivités rurales à prélever un impôt à cette fin. Au lendemain de la guerre, comme les régions rurales continuaient à avoir de la difficulté à attirer des médecins, la loi était modifiée à nouveau, en 1919, pour permettre aux municipalités de verser un traitement maximum de $5,000 aux médecins, ces derniers devant agir à titre de généralistes. De 1919 à 1925, de nouvelles modifications étaient apportées en vue d'autoriser les villes et villages à conclure des arrangements semblables et pour permettre soit à des parties de municipalités, soit à deux municipalités ou plus de retenir ensemble des services d'un médecin.

Les contrats n'étaient pas uniformes, mais la plupart exigeaient que le médecin établît un service de médecine générale, y compris la petite chirurgie, qu'il fournisse les soins de maternité et qu'il s'occupe d'hygiène publique, notamment de l'examen et de l'immunisation des écoliers. Dans certains cas, si le médecin était chirurgien, il devait aussi faire de la grande chirurgie moyennant rémunération supplémentaire. La situation a changé radicalement en 1939, lors de l'adoption de la *Municipal and Medical Hospital Services Act,* qui a permis à une ou plusieurs municipalités de fournir des services médicaux et hospitaliers en prélevant soit un impôt foncier soit un impôt personnel, ou les deux à la fois, à condition que le montant annuel de l'impôt ne dépasse pas $50 par famille. Les conseils municipaux ont pu ainsi forcer les résidants non fonciers à contribuer au financement des services médicaux qu'ils recevaient. L'accroissement constant du nombre des assujettis et des médecins engagés témoigne du fait que, compte tenu de ses limitations inhérentes et des conditions spéciales des régions rurales de l'Ouest, le régime du médecin municipal a réussi à répondre aux besoins les plus immédiats. Le principal avantage, c'est qu'il était assez attirant pour un médecin de s'établir dans une région rurale où, normalement, il n'aurait pu gagner suffisamment d'argent dans l'exercice à titre privé. En outre, cela constituait, pour un nouveau médecin, un moyen relativement sûr de se constituer une clientèle assez rapidement tout en jouissant d'un revenu assuré. Toutefois, le régime comportait de nombreuses faiblesses et laissait fort à désirer comparativement au régime de soins médicaux payés à l'avance établi dans les centres urbains. D'une part, les malades étaient mécontents parce qu'ils ne pouvaient choisir leur médecin et parce que, dans la plupart des cas, seuls les services d'un généraliste étaient disponibles. D'autre part, les médecins auraient préféré choisir leurs clients et ils prétendaient que, dans une certaine mesure, ou du moins dans certains cas, leur nomination était laissée à la discrétion du conseil municipal. Il y avait aussi des critiques au sujet des honoraires, et bien des médecins se sentaient plus obligés d'être toujours en disponibilité que s'ils avaient exercé à titre privé.

Ces dernières années, le régime du médecin municipal a été remplacé progressivement, dans bien des municipalités, par un contrat collectif offert

par des médecins, le régime *Medical Services Incorporated,* supplanté lui-même en juillet 1962 par le régime d'assurance-maladie de la Saskatchewan.

Le régime du médecin municipal a aussi connu une certaine vogue au Manitoba et en Alberta, mais il n'y a jamais été aussi populaire qu'en Saskatchewan. D'après les rapports de l'enquête sur la santé dans ces provinces, le Manitoba comptait en 1950, 18 médecins municipaux, contre 4 en Alberta.

L'ASSURANCE-MALADIE PRIVÉE AU CANADA

Comme il a déjà été question des origines, nous étudierons maintenant les quatres principales catégories d'assurance privée. Il y aura évidemment du chevauchement à mesure que nous donnerons plus de détails.

Assurance-hospitalisation privée (Régime de la Croix-Bleue)

On a déjà expliqué qu'en 1934, il y avait 27 régimes d'assurance-hospitalisation dans six provinces canadiennes. En outre, des sociétés fraternelles, des loges et des sociétés de secours mutuels remboursaient à leurs membres une partie de leurs frais hospitaliers. C'est à Winnipeg que, pour la première fois, a été établi le premier régime de la Croix-Bleue en vertu duquel les hôpitaux liaient leurs intérêts à ceux de la collectivité. En 1937, des études étaient entreprises sous la direction du *Central Council of Social Agencies;* elles devaient entraîner l'adoption d'une loi spéciale par l'Assemblée législative du Manitoba, en 1938. Entré en vigueur le 1er janvier 1939, le régime comptait 15,000 adhérents en 1941. A la fin de 1957, le régime de la Croix-Bleue du Manitoba comptait 403,000 assurés, soit 46 p. 100 de la population de la province. C'était la plus forte proportion enregistrée par un régime de la Croix-Bleue au Canada.

Par suite des succès remportés au Manitoba, la Croix-Bleue a accéléré son activité au pays. Un régime était établi en Ontario, en 1941; un autre au Québec, l'année suivante; puis, en 1943, les provinces Maritimes et la Colombie-Britannique étaient pourvues de leur régime. En 1941, le régime d'Edmonton, le premier a être mis sur pied en Alberta, prenait de l'ampleur et passait sous la direction de la Croix-Bleue. Dix ans plus tard, il comptait 185,000 adhérents.

Le statut juridique et le mode d'organisation étaient quelque peu différents d'un régime à l'autre. Comme on l'a signalé, celui du Manitoba avait été constitué par le *Council of Social Agencies.* Son conseil d'administration était des plus représentatifs; sur 21 membres, sept représentaient les hôpitaux et la profession médicale, les autres étant les porte-parole du salariat, du monde des affaires, des municipalités rurales, des cultivateurs et du grand public.

En Ontario, le régime de la Croix-Bleue était la pleine filiale de l'*Ontario Hospital Association.* A l'encontre de la Croix-Bleue manitobaine, qui a fait l'impossible pour se trouver des adhérents dans les régions rurales,

la Croix-Bleue de l'Ontario a concentré ses efforts sur les secteurs commerciaux et industriels, laissant la population rurale aux coopératives. En décembre 1958, elle comptait 2,318,018 adhérents dans son régime de soins hospitaliers, c'est-à-dire 39 p. 100 de la population de l'Ontario. A ce compte, le régime ontarien s'inscrivait au sixième rang des régimes de la Croix-Bleue en Amérique du Nord.

Le régime québécois couvrait surtout des groupes d'employés dans les villes, mais à l'instar du régime du Manitoba, il représentait une vaste tranche de la population. A la fin de 1948, la Croix-Bleue de la Colombie-Britannique avait un effectif de 110,000 assurés, c'est-à-dire environ 15 p. 100 de la population. Si le régime n'a jamais compté un nombre d'adhérents proportionné à ceux des régimes manitobain et ontarien, c'est probablement dû en partie au fait que le gouvernement de la Colombie-Britannique a mis sur pied un service d'assurance-hospitalisation le 1er janvier 1949; dès ce jour-là, la Croix-Bleue cessait toute activité dans la province.

C'est du régime de Moncton, entreprise pionnière mentionnée déjà, qu'est issu le régime de la Croix-Bleue dans les Maritimes établi sous les auspices de la *Maritime Hospital Association.* Il fonctionnait aux termes de mesures législatives adoptées respectivement par la Nouvelle-Écosse, en 1943, par le Nouveau-Brunswick et l'Île-du-Prince-Édouard, en 1944, et par Terre-Neuve en 1949. A la fin de 1958, la Croix-Bleue des provinces Maritimes comptait 332,000 assurés.

Vu les modestes débuts des régimes d'assurance-hospitalisation privés au Canada, vu aussi les limitations inhérentes à ce genre d'entreprises[1], la Croix-Bleue a connu un succès extraordinaire chez nous. Elle a sûrement contribué à l'adoption par le gouvernement de mesures nationales intéressant l'assurance-hospitalisation en 1956 et 1957.

Assurance médicale privée

Sous la présente rubrique, nous examinerons les régimes de soins médicaux établis au Canada par la profession médicale.

Le premier régime canadien du genre fut constitué à Toronto. Connu sous le nom d'*Associated Medical Services* et appuyé par l'*Ontario Medical Association,* il fut fondé par le docteur J. A. Hannah, grâce à deux subventions de $5,000 (l'une de l'Association médicale et l'autre de l'*Ontario Civil Service Association*) qui lui permirent de recruter des adhérents, après avoir obtenu, en avril 1937, une charte de société à but non lucratif, aux termes de la *Companies Act of Ontario*[2].

Toutefois, le régime lancé à Windsor le 1er janvier 1939, par la société médicale de l'endroit, laissait prévoir davantage le genre de régimes qui devait être établi plus tard. La même année, les médecins de Regina établissaient leur propre régime (*Regina Medical Services*).

---

[1] Voir chapitre 18.

[2] Malcolm G. Taylor, *The Administration of Health Insurance in Canada,* Toronto, Oxford University Press, 1956, p. 43.

Le régime *Medical Services Associated* de la Colombie-Britannique, mis sur pied en 1940, a été le premier à servir de modèle d'envergure provinciale aux médecins.

Les autres régimes établis par les médecins, au Canada, sont les suivants:

Manitoba Medical Services, 1942,
Medical Services Incorporated, Saskatoon, 1946,
Physicians Services Incorporated, Ontario, 1947,
Medical Services (Alberta) Incorporated, 1948,
Maritime Medical Care Incorporated, Nouvelle-Écosse, 1948.

Leurs principales caractéristiques sont les suivantes:

(1) Ils sont établis sous les auspices de la profession médicale et, sauf en Colombie-Britannique, ils sont contrôles par les médecins qui ont voix majoritaire au conseil d'administration.

(2) Ils assurent un *service,* c'est-à-dire, que les médecins présentent au régime la note des soins donnés aux malades. Sauf certaines exceptions, ces derniers ne versent habituellement pas d'honoraires.

(3) D'une certaine façon, les médecins deviennent des «assureurs», car il leur a fallu parfois se contenter d'honoraires proportionnels lorsque les recettes n'étaient pas assez élevées pour acquitter tous les comptes reçus. En plus des régimes établis sous les auspices des médecins, trois des régimes de la Croix-Bleue, ceux du Québec, des provinces Maritimes et de l'Ontario, ont à un moment donné fourni des avantages médicaux; les deux premiers le font encore.

L'Association médicale du Québec et celle des provinces Maritimes ont accepté que la Croix-Bleue assurent les services médicaux, mais l'association ontarienne s'y est opposée. Le 1er janvier 1959, la Croix-Bleue de l'Ontario offrait aux adhérents de son régime de soins médicaux le privilège d'opter pour le régime *Physicians Services Incorporated.*

Les données quinquennales ci-dessous, qui portent sur les contrats tant collectifs qu'individuels des régimes complets et des régimes limités, témoignent de la croissance des régimes établis par la profession médicale[1]:

Année	*Nombre d'adhérents* (en milliers)
1950	1,222
1955	2,890
1960	4,140
1961	4,848

SOURCE: Données fondées sur *Canadian Health Insurance Association, Survey of Voluntary Health Insurance in Canada, 1950-1960.*

[1] C. H. Berry, *Assurance médicale privée et paiement par anticipation,* étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964, chapitre 2. (Exclut le double emploi d'une catégorie supplémentaire de dépenses médicales onéreuses.)

Régimes coopératifs

Le différence entre les coopératives médicales et hospitalières et les régimes établis par les médecins, c'est que, dans le premier cas, ce sont les membres de la coopérative qui dirigent la société alors que, dans le second, ce sont ceux qui fournissent les services. Il a déjà été question des coopératives dans des parties précédentes. Leur histoire est des plus variées. Il est arrivé que les régimes de ce genre soient établis par des coopératives formées pour d'autres fins; c'est le cas des régimes relevant de la *Credit Union Medical Benefit Association,* en Ontario. Parfois, le régime coopératif et le régime établi par les médecins ont été fusionnés pour constituer un nouveau régime; c'est ce qui est arrivé à Regina. En Ontario, les coopératives médicales perçoivent les cotisations au régime de l'*Ontario Hospital Services* dans les régions rurales, les adhérents versant les deux primes aux coopératives.

Déjà, les coopératives médicales étaient nombreuses en Saskatchewan, mais, par suite de difficultés financières, il n'en reste plus qu'une seule. La province de Québec compte un régime coopératif médical, le Service de santé de Québec. A la fin de 1961, les coopératives comptaient 138,370 (services médicaux et hospitaliers), au Canada, dont 55,563 en vertu de contrats collectifs et 82,807, de contrats individuels. Ces chiffres indiquent que la popularité de ce genre d'assurance est nettement à la baisse[1].

Assurance commerciale

L'assurance commerciale des frais médicaux et hospitaliers est pratiquée par deux genres de sociétés: (i) les sociétés d'assurance-vie et (ii) les sociétés d'assurance générale dont les contrats d'assurance-maladie et d'assurance-accident prévoient le paiement des frais hospitaliers, médicaux et chirurgicaux. Certaines sociétés vont jusqu'à verser à leurs assurés des prestations pour le temps perdu à cause de la maladie. Dans l'ensemble, les sociétés d'assurance-vie s'intéressent plutôt aux groupes, alors que les sociétés d'assurance générales assurent en plus les particuliers isolés. Au Canada, le nombre des assurés de l'assurance commerciale a augmenté constamment au long des années; en 1961, il s'élevait à 4,635,000 personnes, dont 4,130,000 étaient assurées en vertu de polices collectives et 505,000 aux termes de polices individuelles.

La première différence entre la protection des sociétés commerciales et celle des régimes établis par les médecins tient aux avantages qui découlent des deux formes d'assurance. Les premières versent une indemnité plutôt que de fournir un service, c'est-à-dire, qu'elles versent un montant déterminé à l'assuré victime d'un sinistre (opération chirurgicale, hospitalisation ou services médicaux).

La deuxième différence, c'est que les assureurs considèrent l'assurance médicale comme une protection contre des frais qu'il serait difficile, sinon impossible, à l'assuré d'acquitter. C'est pourquoi ils établissent une

[1] *Ibid.*, chapitre 2, tableau 2-1 et les remarques connexes.

distinction entre les soins médicaux et les soins chirurgicaux, de même qu'entre les services hospitaliers et les services extra-hospitaliers; ils offrent une variété de combinaisons aux termes desquelles sont assurés seulement les services qui intéressent l'adhérent au lieu de vendre surtout des polices normales tous risques, comme les régimes de paiement par anticipation se sont généralement efforcés de le faire. L'assuré jouit d'un vaste choix quant au degré de protection qu'il peut acheter contre chaque genre de sinistres. Il va sans dire que la gamme des avantages offerts dans les contrats individuels est beaucoup plus vaste que celle des contrats collectifs, mais, même dans le cas de ces derniers, les avantages realtifs à des actes ordinaires déterminés sont de trois à quatre fois plus considérables dans les régimes à avantages maximums que dans ceux à avantages minimums[1].

Lors de la négociation d'un contrat collectif, il est habituellement possible d'obtenir l'avis de spécialistes, mais le particulier ne s'y connaît pas assez pour faire un choix judicieux parmi les divers contrats mixtes qui lui sont offerts.

La troisième différence est d'ordre théorique, mais elle comporte des exceptions dans la pratique. En général, les régimes de paiement par anticipation n'ont qu'une prime pour tous les groupes, sans distinction d'âge, de sexe ou de régime de morbidité. Bien entendu, les sociétés d'assurance se règlent sur le principe qu'une personne ne doit pas avoir à se protéger contre des risques qui ne lui sont pas propres; c'est la raison pour laquelle elles déterminent le régime de sinistres de chaque groupe, ce qui leur permet de réduire la prime des peu sinistrés et d'établir celle des très sinistrés à un niveau satisfaisant.

Comme les régimes de paiement par anticipation doivent soutenir la concurrence des sociétés d'assurance, nombre de peu sinistrés s'abstiennent d'y adhérer à cause de leur prime unique. Certains de ces régimes personnalisent la prime afin de faire face à la concurrence, mais cinq des onze régimes ne le font pas[2]. La raison qu'ils invoquent, c'est que la personnalisation de la prime pourrait «injustement» exclure des gens très sinistrés ou pénaliser les groupes très coûteux. Bref, les régimes de paiement par anticipation s'inspirent des principes de l'assurance sociale plutôt que de l'assurance commerciale.

On comprendra facilement que la vente d'assurance à des particuliers qui peuvent présenter des risques très défavorables à l'assureur a amené les sociétés d'assurance à se garantir contre les aléas du choix de l'assuré. Les divers moyens qui semblent avoir été appliqués avec plus d'indulgence ces deux dernières années sont les suivants: attestation de santé, examen médical, période d'attente, classe d'exclusion, limites d'âge, renonciations et annulations facultatives par l'assureur[3].

Seul un contrat garanti, renouvelable et irrévocable, assure à un particulier que son adhésion ne sera ni annulée ni personnalisée et que l'on

---

[1] *Ibid.*, chapitre 3, tableau 3-10.
[2] *Ibid.*, chapitre 3.
[3] *Ibid.*, chapitre 3, tableaux 3-13 à 3-18.

n'exigera pas sa renonciation à certains avantages. Sur 58 assureurs qui ont présenté un rapport en 1961, 14 offraient des contrats de ce genre[1].

Dernièrement, certaines sociétés d'assurance ont établi des contrats à l'égard de ce qu'on appelle les «grandes dépenses médicales». On en compte deux genres: a) les contrats «tous risques» qui couvrent tous les services de santé, ordinairement jusqu'à concurrence de $5,000 pour chaque *sinistre* (il y a aussi d'autres limitations d'ordre financier), et b) les contrats «supplémentaires» qui comportent habituellement le même montant maximum, mais qui complètent les contrats ordinaires couvrant les frais médicaux et chirurgicaux.

En 1961, 6.6 millions de Canadiens étaient déclarés assurés, soit contre toutes les grandes dépenses médicales, soit contre les frais médicaux et chirurgicaux dépassant le cadre des soins hospitaliers ordinaires[2].

La vaste enquête de la Commission sur la couverture à la fin de 1961 (dernière année de chiffres complets) indique le nombre de personnes qui étaient assurées auprès de sociétés d'assurance commerciale, selon la couverture, comme l'indique le tableau 10-1 qui suit.

TABLEAU 10-1 NOMBRE DE PERSONNES ASSURÉES COMMERCIALEMENT, PAR GENRE DE COUVERTURE ET PAR MODE D'ADHÉSION, CANADA, 1961

Adhésion	Genre de couverture				
	Limitée*	Tous risques†	Toutes les grandes dépenses médicales	Grandes dépenses médicales supplémentaires	Total‡
	(en milliers)				
Adhésion collective....	1,292.3	1,059.8	1,778.5	963.7	4,130.6
Adhésion individuelle.....	235.9	209.9	60.1	1.6	505.9

* Comprend seulement un des trois genres de services suivants; chirurgicaux, médicaux, ou médicaux et chirurgicaux à l'hôpital.

† Comprend les services médicaux et chirurgicaux en cabinet, à l'hôpital ou à domicile.

‡ Ne comprend pas les grandes dépenses médicales supplémentaires.

SOURCE: C. H. Berry, *Assurance médicale privée et paiement par anticipation*, étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964, chapitre 2, tableau 2-1.

En plus des régimes privés qui ont été mis sur pied et des expériences qui ont été faites, divers essais ont été effectués à l'échelon provincial, parfois avant et parfois après, dans le domaine de l'assurance-maladie, y compris l'assurance pour soins médicaux et hospitaliers et l'assurance

[1] *Ibid.*, chapitre 3.

[2] Ne comprennent pas les grandes dépenses médicales supplémentaires.

pour médicaments. C'est ce qui a amené l'établissement d'un régime public d'assurance-hospitalisation en Saskatchewan, d'abord, puis en Colombie-Britannique, par la suite. En Saskatchewan, où la Croix-Bleue n'avait établi aucun régime, un régime de services hospitaliers a été mis sur pied en 1947. Deux ans plus tard, un régime semblable était constitué en Colombie-Britannique où la Croix-Bleue n'avait réussi à assurer que 15 p. 100 de la population. Ces faits ont amené le gouvernement fédéral et les provinces à établir un régime public d'assurance-hospitalisation grâce à la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques adoptés en 1957. Par ailleurs, la Saskatchewan a mis sur pied un programme d'assurance-maladie en 1962 et, l'année suivante, l'Alberta a établi un régime médical. Nous allons maintenant examiner l'activité publique dans le domaine de l'assurance-maladie.

ASSURANCE-MALADIE PUBLIQUE AU CANADA

Tous les gouvernements provinciaux se préoccupent du problème économique que pose la fourniture des soins de santé, surtout aux indigents, mais c'est dans les provinces de l'Ouest que l'assurance-maladie a pris une grande importance.

Assurance-maladie en Colombie-Britannique

Aucun corps législatif canadien n'a été saisi aussi souvent ni aussi longtemps de la question de l'assurance-maladie que l'Assemblée législative de la Colombie-Britannique. Il y a déjà près de quarante-cinq ans qu'une commission royale d'enquête était chargée, pour la première fois, d'étudier l'assurance-maladie et, environ dix ans plus tard, une seconde commission était constituée. Depuis vingt-cinq ans, une loi qui n'a jamais été appliquée figure dans le recueil des statuts et, il y a quinze ans, la Colombie-Britannique devenait la deuxième province canadienne à établir un régime provincial de services hospitaliers.

La première commission d'enquête a été constituée le 19 novembre 1919, mais son rapport est resté sans lendemain. En 1922, un membre de l'opposition proposait l'établissement d'un comité qui devait présenter un projet de loi sur l'assurance-maladie avant la fin de la session. Mentionnons en passant que le premier ministre provincial, M. Oliver, s'est opposé à la motion en signalant qu'on ne savait pas trop si l'assurance-maladie relevait du gouvernement fédéral ou des provinces. Conséquemment, l'Assemblée législative a adopté une résolution portant que «l'Assemblée insiste auprès du gouvernement du Canada pour que ce dernier étudie le plus tôt possible la possibilité de présenter un projet de loi concernant la mise sur pied d'un régime satisfaisant d'assurance-maladie».

La résolution eut pour effet de restreindre les débats sur la question, à l'Assemblée législative, jusqu'en 1927. Cette année-là, cependant, une nouvelle campagne était lancée qui ne devait culminer que dix ans plus tard.

Par suite des efforts effectués au cours des sessions de 1927, 1928 et 1929, une Commission royale était chargée, en mars 1929, de faire enquête sur l'assurance-maladie en Colombie-Britannique. Dans son rapport présenté en 1932, la Commission recommandait principalement que l'assurance-maladie soit obligatoire pour tous les employés touchant un traitement allant jusqu'à $2,400 par année et que toute autre personne soit libre d'adhérer au régime, ce dernier devant être financé exclusivement par les cotisations des adhérents ou collectivement par la province et les employeurs. Les avantages devaient comprendre les soins médicaux, les médicaments, les appareils, les services hospitaliers et, aussitôt que possible, les soins dentaires.

Après de longues discussions, une Commission d'assurance-maladie était formée et les négociations étaient entamées avec l'association médicale. Puis, un projet de loi était enfin rédigé et adopté. Toutefois, même s'il avait été approuvé lors des élections et d'un référendum spécial, le régime souleva plus de controverse qu'on ne s'y attendait.

L'opposition se révéla si vive que le gouvernement mit le projet au rancart neuf jours seulement avant son inauguration (le 29 février 1937).

Les événements suivants relatifs à l'assurance-santé, en Colombie-Britannique, furent l'établissement du *M.S.A.* par les médecins, en 1938, et la mise sur pied, en 1949, du régime provincial d'assurance-maladie dont il sera question plus loin.

Assurance-maladie en Alberta

La première enquête législative en Alberta eut lieu en 1928, un rapport étant présenté au cours de la session de l'Assemblée législative, en 1929. On y reconnaissait la valeur du régime du médécin municipal, établi dans quelques collectivités, mais on estimait qu'il serait probablement préférable d'améliorer les services de santé publique. En 1932, l'Assemblée législative adoptait à l'unanimité une résolution demandant de faire enquête sur la médecine d'État. Un rapport provisoire, présenté la même année, était favorable à l'assurance-maladie. Quant au rapport définitif de 1934, il recommandait l'expansion rapide des services de santé publique et préconisait d'abord l'octroi de subventions aux municipalités à l'égard des médecins municipaux, puis l'établissment d'un régime d'assurance-maladie d'envergure provinciale à administration décentralisée, les circonscriptions sanitaires locales devant servir de circonscriptions administratives. Vu le ralentissement de l'économie, la mise en œuvre du régime devait manifestement être lente, mais la Commission terminait son rapport par les mots suivants: «La Commission estime qu'il ne sera jamais possible de fournir les services médicaux appropriés à tous les citoyens de l'Alberta, sauf si les personnes qui gagnent un revenu versent chaque mois, grâce à un régime de cotisations obligatoires, un montant suffisant pour que tous les habitants de la province aient accès à des services médicaux satisfaisants». Lors de la session provinciale du printemps de 1935, une mesure établissant un régime complet d'assurance-maladie était adoptée, mais la loi ne fut jamais proclamée. En 1944, l'Alberta mettait sur pied un régime de soins hospitaliers de maternité qui devait être

financé sur les recettes générales de la province; en 1949, l'Assemblée législative constituait un programme de subventionnement des régimes municipaux de soins hospitaliers[1].

L'Alberta a adopté quatre lois intéressant l'assurance-santé. La première remonte à 1935, mais n'a pas été proclamée. Le deuxième, adoptée en 1942, fut abrogée en 1953; la troisième, approuvée en 1946, n'est jamais entrée en vigueur. La loi actuelle a été proclamée en 1963.

La même année, le régime médical de l'Alberta entrait en vigueur grâce à une modification apportée à la loi sur les services de traitement qui autorisait le ministre de la Santé à:

> ... conclure des accords avec le *Medical Services (Alberta) Incorporated* ou toute société d'assurance dont le régime fondamental de services médicaux ou d'assurance médicale a été approuvé par le gouvernement et par le Collège des médecins et chirurgiens de la province d'Alberta, afin de fournir les services médicaux ou l'assurance-médicale complète aux habitants qualifiés de la province qui le désirent et qui ont besoin d'aide pour adhérer au régime établi par la société, et afin de verser une subvention déterminée à l'égard des habitants nécessiteux, à condition que le montant de la subvention soit déduit de la cotisation ou de la prime[2].

Ce qui différencie le régime des projets antérieurs, c'est qu'il permet à la province de verser une subvention à ceux qui désirent être assurés, mais dont les revenus sont trop faibles pour qu'ils puissent payer la prime d'un régime établi par les médecins ou par une société d'assurance commerciale.

Le montant de la subvention se règle sur la situation de fortune de l'intéressé:

(1) il équivaut à la prime pour ceux dont le revenu imposable est inférieur au montant de l'exemption fiscale;

(2) il équivaut à la prime pour ceux dont le revenu est si faible que leur revenu imposable est inférieur à $500;

En ce qui a trait au contrat normal, le montant maximum de la prime annuelle a été établi à $63 pour une personne seule, à $126 pour une famille de deux personnes et à $159 pour une famille d'au moins trois personnes. Ce sont les primes les plus élevées au pays. En comparaison, les primes du régime le plus complet au Canada, les *Manitoba Medical Services,* sont de $51 pour une personne seule, et de $138 pour une famille[3]. A la fin de 1963, l'Alberta, dont la population est d'environ 1,398,000 habitants, comptait 628,290 assurés.

---

[1] Voir p. 410.

[2] Régime médical de l'Alberta, bill 31, amendement à la loi sur les services de traitement, 5e session, 14e législature, Alberta, 11 Élisabeth II, Edmonton, Imprimeur de la Reine, 1963.

[3] Il s'agit ici de primes individuelles. Le régime collectif étant personnalisé, la prime est beaucoup moins élevée. Il comprend une tranche de 40,000 assistés. Entré en vigueur le 1er octobre 1963, le régime comptait déjà 609,000 adhérents le 1er juillet. A la fin de septembre 1963, les *M.S.A.I.* comptaient 611,000 assurés. Renseignements fournis par les *Trans-Canada Medical Plans.*

Assurance-maladie en Saskatchewan

On a déjà décrit comment furent établis en Saskatchewan le régime de l'hôpital régional et le régime du médecin municipal. Malgré l'essor que prit ce dernier, la *Saskatchewan Urban Municipalities Association* et la *Saskatchewan Association of Rural Municipalities* ont presque continuellement demandé au gouvernement provincial de créer un régime provincial. Les instances ont été tout particulièrement vives au cours des années 1930 alors que bon nombre de médecins recevaient de l'aide du gouvernement provincial en Saskatchewan. En 1942, la *Saskatchewan Medical Association* elle-même se déclarait officiellement «en faveur de l'assurance-maladie subventionnée par l'État et comportant le paiement d'honoraires raisonnables». Enfin, en 1943, le gouvernement provincial constituait un comité spécial de la sécurité sociale et des services de santé qui tint des audiences publiques. Dans son rapport final, le comité signalait qu'on lui avait proposé deux modes de financement des services de santé:

(1) étatisation de la médecine, cette dernière devant être financée par les impôts et les médecins devenant des fonctionnaires payés par le gouvernement;

(2) établissement d'un régime d'assurance-maladie à cotisations, les médecins touchant des honoraires à raison de tant par malade ou un salaire.

Le comité estimait que la question serait sans doute tranchée par suite de la présentation d'un projet de loi fédéral qu'un comité spécial de la Chambre des communes était en trait d'étudier. Il préconisait la constitution d'une commission qui serait chargée d'établir un régime d'assurance-maladie comme le proposait le gouvernement fédéral.

Un bill donnant suite à ces recommandations reçut la sanction royale le 1er avril 1944, quelques jours seulement avant la fin de la dernière session de la neuvième législature.

La loi ne fut jamais proclamée; au contraire, au cours de la session de 1945, elle fut remplacée par la loi sur les services de santé qui appelait la création d'une gamme complète de services de santé pour le compte des assistés. En 1946, l'Assemblée législative adoptait la loi sur l'hospitalisation qui lançait ainsi le premier régime provincial d'assurance-hospitalisation au Canada[1].

En 1948, on a institué un service public de soins médicaux dans la région sanitaire de Swift Current. Ce programme était financé par une combinaison d'impôts prélevés sur les individus et les propriétés, et recevait l'appui de subventions du gouvernement provincial. Bien qu'il ait continué de fonctionner dans la région sanitaire de Swift Current, il n'a pas réussi à s'annexer d'autres régions sanitaires; il a finalement été remplacé par le régime provincial fondé en 1962.

[1] Voir chapitre 10.

En 1960, le gouvernement de la Saskatchewan constituait un comité planificateur de l'assurance-maladie au sein duquel étaient représentés les professions, le public et le gouvernement. Après que le Comité eut présenté son rapport provisoire en septembre 1961, la loi sur l'assurance médicale de la Saskatchewan était adoptée le 17 novembre 1961. Elle devait entrer en vigueur le 1er juillet 1962, mais, à cause d'un désaccord entre la Commission d'assurance médicale et le Collège des médecins et chirurgiens, le régime n'a fonctionné à plein qu'après la signature de l'entente de Saskatoon, le 23 juillet 1962.

Le régime comporte tous les avantages médicaux et chirurgicaux hospitaliers et extra-hospitaliers. L'administration générale est confiée à la Commission d'assurance médicale. La participation est obligatoire, mais, en versant une prime plus élevée, les personnes seules et les chefs de famille peuvent s'inscrire à un des deux régimes de paiement par anticipation établis par les médecins ou au régime d'un organisme établi sous les auspices d'un certain nombre de sociétés d'assurance. Les trois organismes reçoivent la note du médecin et les transmettent à la Commission; cette dernière fait parvenir l'argent aux adhérents qui payent le médecin.

Dans le cas de tous les autres assurés, la note est envoyée directement à la Commission qui paie le médecin ou rembourse le malade.

Tout médecin qui le désire peut exercer en dehors du cadre du régime; le malade lui verse alors ses honoraires directement et se fait ensuite rembourser par la Commission.

Un an seulement après l'entrée en vigueur du régime, la présente Commission royale d'enquête a pu obtenir des statistiques sur l'utilisation et les frais du régime de la Saskatchewan. Ces données ont été analysées dans une étude effectuée pour la Commission[1].

Assurance-maladie au Manitoba

Au Manitoba, l'assurance-maladie n'a jamais été une question aussi controversée qu'en Colombie-Britannique, en Alberta ou en Saskatchewan. Toutefois, comme dans les autres provinces, les problèmes que posaient le paiement des frais hospitaliers aux malades, et le recouvrement de leurs honoraires aux médecins, pendant les années de marasme économique, ont amené la constitution d'un comité législatif en 1931. Le comité a présenté son rapport lors de la session de 1932. On y recommandait tout simplement l'expansion des services de santé publique, l'octroi d'une aide aux régimes du médecin municipal et l'établissement d'une seconde commission chargée d'étudier la possibilité d'établir l'assurance-maladie dans les centres urbains. On n'a jamais donné suite à la dernière recommandation.

C'est sans doute pour une part à cause de la grande publicité accordée aux séances du comité de la Chambre des communes, en 1943 et 1944, que

[1] C. H. Berry, *op. cit.*

l'Assemblée législative a adopté la loi sur les services de santé en 1945. Il est intéressant de relever la hiérarchie des urgences établie dans la loi à l'égard de la mise sur pied de services de santé. La mesure s'inspirait des principes suivants:

(1) établissement, dans toute la province, d'un service de santé préventif fondé sur des centres sanitaires locaux à plein temps;

(2) création de centres de diagnostic dans les hôpitaux ruraux et urbains et examen diagnostique gratuit de tout malade;

(3) service d'omnipraticien payé à l'avance;

(4) aménagement d'installations hospitalières appropriées et mise sur pied d'un régime d'assurance-hospitalisation fondé sur un réseau provincial de circonscriptions hospitalières.

Dès 1946, le Manitoba créait des services diagnostics externes gratuits dans un certain nombre de centres de santé ruraux, mais il n'a donné suite à aucun autre aspect du régime avant l'avènement du régime national d'assurance-hospitalisation créé par une loi spéciale adoptée en 1958.

Assurance-maladie en Ontario

Quiconque effectue une enquête sur l'activité des provinces en matière d'assurance-maladie ne peut s'empêcher de remarquer que l'intérêt diffère selon les régions.

A une exception près, jusqu'à 1955, plus elles se situaient dans l'Est, moins les provinces s'y intéressaient et agissaient. Avant 1955, le gouvernement d'Ontario ne s'est guère préoccupé de l'assurance hospitalière et médicale. Il n'avait établi ni comité de l'Assemblée législative, ni commission royale d'enquête; et aucune loi ne prévoyait d'assurance-maladie au bénéfice du grand public.

Toutefois, en 1935, l'Ontario créait un régime public de soins médicaux qui assurait aux assistés des services médicaux à domicile ou en cabinet. De fait, les quatre provinces de l'Ouest et, en partie, la Nouvelle-Écosse devaient s'en inspirer au profit de leurs propres indigents.

C'est pendant l'entre-deux-guerres que l'assurance médicale et hospitalière privé a pris de l'ampleur en Ontario, comme on l'a déjà signalé. L'Assemblée législative est présentement saisie d'un projet de loi concernant l'assurance médicale; aux termes de la mesure, l'assurance médicale serait à la portée de toute personne résidant dans la province, peu importe son âge, son état physique ou mental, sa situation de fortune ou sa profession. Des mémoires sont présentés, ces temps-ci, dans le cadre de l'enquête sur l'assurance-médicale[1].

[1] Bill 163, 4e session de la 26e législature, Ontario, 11-12 Élisabeth II, 1962-1963, loi concernant l'assurance médicale, Toronto, Imprimeur de la Reine.

Assurance-maladie au Québec

Hier encore, l'Assemblée législative du Québec se préoccupait fort peu de l'assurance-maladie. En 1942, une commission était chargée de faire enquête sur les hôpitaux de la province. Dans son rapport, elle recommandait l'établissement d'un régime universel d'assurance-maladie financé par le gouvernement, l'employeur et l'assuré. L'année suivante, une loi était adoptée en vue de constituer la Commission d'assurance-maladie. Un an plus tard, la Commission présentait son premier rapport; il portait sur les garderies et sur la protection de l'enfant.

En 1945, la Commission était abolie à la suite du changement de gouvernement.

Assurance-maladie dans les provinces Maritimes

Provinces de l'Est, les provinces Maritimes sont parmi les dernières à s'être intéressées à l'assurance-maladie. Comme il est mentionné ci-dessus, l'assurance privée a connu d'importants progrès, et le gouvernement a concentré ses efforts sur la réalisation de vigoureux régimes de santé publique et la construction d'hôpitaux.

Assurance-maladie à Terre-Neuve

Longtemps avant son union à la Confédération, Terre-Neuve avait conclu des ententes afin d'assurer à certaines régions les services à temps partiel de médecins. Le régime d'hôpital-villa et de soins médicaux a étendu ces ententes aux soins hospitaliers et médicaux en hôpital et en service externe, ainsi qu'aux services à domicile fournis par les médecins. Institué en 1935, le régime a été modifié en 1958 par l'adoption de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques. La même chose s'applique au régime hospitalier destiné aux enfants de moins de 16 ans, qui a été institué en 1957 et modifié l'année suivante pour l'étendre aux soins médicaux en hôpital.

Assurance-maladie et gouvernement fédéral

L'intérêt du gouvernement fédéral pour l'assurance-maladie est relativement récent, car il n'y a pas accordé d'attention soutenue avant les années 1940. Évidemment, la Chambre des communes a été saisie du problème à maintes reprises.

La première mesure officielle remonte à 1928, lorsqu'une motion a autorisé le Comité permanent des relations industrielles et internationales à étudier un rapport sur l'assurance contre le chômage, la maladie et l'invalidité.

L'année suivante, le Comité a présenté un rapport et recommandé que le ministère des Pensions et de la Santé nationale soit prié d'entreprendre une enquête exhaustive sur la santé publique, en particulier en rapport avec un régime national de santé. Aucune autre mesure n'a été adoptée jusqu'en

1935 alors que le Parlement a voté la Loi sur le placement et les assurances sociales autorisant la Commission administrative, établie par la Loi, à «recueillir des renseignements concernant tout projet (destiné à fournir), sur une base collective ou coopérative, par voie d'assurance ou autrement,

(i) des soins médicaux, dentaires et chirurgicaux, y compris les médicaments, les produits pharmaceutiques, les accessoires ou l'hospitalisation, ou

(ii) une compensation pour la perte de salaire occasionnée par le défaut de santé, l'accident ou la maladie».

Aux termes d'un autre article de la Loi, la Commission était autorisée «à soumettre de temps à autre au gouverneur en conseil des projets de coopération par le Dominion pour fournir l'un des avantages énumérés . . . pour telle mesure que le gouverneur en conseil est autorisé à prendre»[1].

En 1937, la Cour suprême et le Conseil privé ont déclaré la Loi *ultra vires.*

La mesure suivante adoptée par le gouvernement fédéral s'est intégrée au travail de la Commission royale d'enquête sur les relations fédérales-provinciales qui a présenté son rapport en 1939. En ce qui concerne l'assurance-maladie, on n'est pas sûr des intentions précises de la Commission. Elle a recommandé que les provinces se chargent de la santé publique et des soins en institution et décident de la façon d'assurer aux indigents ou aux petits-gagnants des services médicaux d'État, y compris les soins dentaires, infirmiers et hospitaliers, c'est-à-dire par la création d'une assurance-maladie, ou par l'étatisation de la médecine et des soins hospitaliers. Toutefois, la Commission exprimait l'avis «que l'État pourrait être mieux placé pour percevoir les cotisations d'assurance-maladie, surtout si l'on devait instituer un régime fédéral obligatoire d'assurance-chômage ou un régime de pensions de vieillesse contributif».

A la suite du rapport, le ministre des Pensions et de la Santé nationale a discuté la question à la réunion annuelle régulière du Conseil fédéral de la santé tenue en 1941 et «les membres se sont montrés sympathiques à l'élaboration d'un régime d'assurance-maladie qui inclurait la médecine préventive et les soins médicaux». L'initiative suivante a consisté dans la nomination de comités consultatifs chargés d'aider le directeur des Services de santé publique du ministère des Pensions et de la Santé nationale à étudier et établir des propositions concernant l'assurance-maladie destinées au Cabinet. L'Association médicale canadienne a nommé un comité qui a non seulement fait fonction de conseiller auprès des fonctionnaires du ministère, mais qui a également influé sur la ligne de conduite en matière d'assurance-maladie que l'Association médicale canadienne a annoncée le 19 janvier 1943:

(i) L'Association médicale canadienne approuve l'adoption du principe de l'assurance-maladie;

[1] Statuts du Canada, 1935, 25-26 George V, chapitre 38, section IV, pp. 40 et 41.

(ii) L'Association médicale canadienne favorise l'institution d'un régime d'assurance-maladie qui assurera l'établissement et l'application des normes de services de santé, les meilleures tant du point de vue préventif que curatif, à condition que le régime soit juste envers les assurées et tous ceux qui fournissent les services.

Afin d'étudier les très nombreux renseignements provenant des 14 comités consultatifs, le ministre a nommé le Comité consultatif de l'assurance-maladie, et l'a chargé «d'étudier toutes les données relatives à l'assurance-maladie et d'en faire rapport au ministre des Pensions et de la Santé nationale».

Lorsque la Chambre des communes s'est réunie le 28 janvier 1943, le gouvernement a annoncé la nomination d'un comité spécial de la sécurité sociale auquel a été soumis le rapport du Comité consultatif de l'assurance-maladie.

Pour régler le problème de la compétence provinciale en matière de santé, le Régime national d'assurance-maladie recommandé par le Comité devait être institué par l'adoption d'une loi fédérale qui prévoirait l'octroi de subventions aux provinces qui adopteraient à l'égard de l'assurance-maladie des dispositions analogues aux propositions contenues dans un bill-type provincial. En sus du régime d'assurance, la province serait tenue d'accepter d'instituer un régime général de santé publique approuvé par le gouvernement fédéral et appelé à bénéficier d'une autre subvention.

Les prestations s'appliquaient à peu près à tout, y compris à la prévention de la maladie, aux services médicaux et infirmiers, aux frais d'hospitalisation, aux produits pharmaceutiques et à certains soins dentaires. Aucune disposition ne prévoyait des indemnités en espèces. Le bill prévoyait également une méthode complexe servant à déterminer l'impôt à payer et à percevoir[1].

Le Comité spécial de la sécurité sociale établi par la Chambre des communes a ensuite examiné ces propositions et les projets de loi. Le problème de l'assurance-maladie n'avait jamais encore au Canada suscité autant d'intérêt. Au total, 117 témoins représentant 32 groupements se sont présentés devant le Comité spécial de la sécurité sociale. Le 23 juillet 1943, après des semaines d'audiences, le Comité spécial a fait rapport à la Chambre des communes que «le Comité approuvait les principes généraux concernant l'assurance-maladie contenus dans un bill sur l'assurance-maladie concernant la santé publique, l'assurance-maladie, la prévention de la maladie et d'autres questions connexes».

D'autres audiences ont en lieu en 1944 et, dans l'intervalle, le projet de loi a été examiné de nouveau. Par suite de ces travaux, d'importantes modifications ont été apportées au projet de loi visant l'établissement de la caisse d'assurance-maladie.

---

[1] Rapport du Comité consultatif de l'assurance-maladie, nommé par décret du Conseil C.P. 836, le 5 février 1942, *Assurance-maladie*, Ottawa, Imprimeur du Roi, 1943, p. 3.

Afin de connaître les vues des représentants provinciaux sur les propositions revisées, une conférence des ministres et sous-ministres fédéraux et provinciaux de la Santé a eu lieu à Ottawa en mai 1944.

Le Comité spécial de la Chambre des communes a étudié de nouveau le bill et, le 28 juillet 1944, il a présenté son troisième rapport à la Chambre des communes. Il recommandait que le bill soit renvoyé à une conférence fédérale-provinciale.

Comme la guerre tirait à sa fin, le gouvernement canadien a fait porter son attention sur des mesures de grande portée, dont l'assurance-maladie. En août 1945, il a convoqué une conférence fédérale-provinciale sur la reconstruction à laquelle il a soumis une foule de propositions ayant pour but d'assurer «un niveau élevé et stable de l'emploi et des revenus et d'inspirer un sens plus aigu des responsabilités publiques quant à la sécurité et au bien-être économiques de chaque citoyen». Les propositions concernant l'assurance-maladie avaient été sensiblement modifiées, la différence principale consistant en l'abolition de la plupart des dispositions du projet de loi à accepter par les provinces et la suppression des dispositions précises relatives au financement du régime. Il en est résulté une proposition plus souple que les provinces pouvaient plus facilement adopter.

Le gouvernement fédéral a présenté quatre propositions précises:

(1) Octroi d'une subvention pour fins de planification et d'organisation;

(2) Propositions concernant l'assurance-maladie;

a) Les provinces devaient adopter un régime d'assurance-maladie en deux étapes. La première devait comprendre un service d'omnipraticien, les soins hospitaliers et un service d'infirmières visiteuses. La deuxième et les autres étapes subséquentes devaient comprendre d'autres services médicaux (services de consultation, de spécialistes et de chirurgie), d'autres services infirmiers (y compris les services d'infirmières exerçant à titre privé), les soins dentaires, les services pharmaceutiques et les services de laboratoire.

Au nombre des modifications les plus intéressantes, figurait la proposition visant à faire partager les frais par le gouvernement fédéral.

b) Le gouvernement fédéral estimait que le coût global de tous les services s'élèverait à $21.60 *par habitant*. Il entendait contribuer au régime d'assurance-maladie, à mesure qu'il serait établi dans chacune des provinces, comme il suit: (i) subvention de base représentant le cinquième du coût *estimatif* de chaque service et (ii) paiement de la moitié du coût supplémentaire encouru par chaque province à l'égard de chaque service, jusqu'à concurrence d'un maximum déterminé qui atteindrait $12.96 par personne, lorsque le régime entier serait en vigueur. En fait, cette offre représentait 60 p. 100 du coût estimatif de chaque service si le coût réel coïncidait avec le coût estimatif. Si le coût réel dépas-

sait le coût estimatif, ce qui devait se produire dans la période d'après-guerre où les prix étaient à la hausse, la quote-part fédérale aurait été inférieure à 60 p. 100[1].

(3) Subventions à la santé publique:

Il s'agissait de subventions à la santé accordées pour des fins déterminées de santé publique.

(4) Aide financière à la construction d'hôpitaux accordée sous forme de prêts à faible intérêt consentis aux provinces.

Parce que la question des relations fédérales-provinciales en était une d'importance pour la Commission, il serait peut-être bon de souligner ici les modifications que ces propositions apportaient à celles qui avaient été soumises en premier lieu. Voici ces modifications:

(1) Abandon du principe selon lequel les provinces ne pouvaient devenir admissibles à l'aide fédérale que par la mise en vigueur d'un régime complet d'assurance-maladie conforme aux normes prescrites par le gouvernement fédéral et acceptation du principe selon lequel les provinces pouvaient devenir admissibles à l'aide fédérale par la mise en vigueur par étapes de services d'assurance-maladie.

(2) Abandon de la participation du gouvernement fédéral à la perception des cotisations.

(3) Abandon des prescriptions d'ordre administratif du gouvernement fédéral énoncées dans le bill-type proposé. Les provinces devaient être entièrement libres de choisir leur propre mode d'administration.

(4) En retirant la disposition portant que les subventions à la santé publique ne devaient être versées que si la province acceptait un régime d'assurance-maladie, le gouvernement fédéral reconnaissait qu'il devait contribuer financièrement à l'amélioration des normes de santé, peu importe qu'une province ait ou non un régime d'assurance-maladie.

(5) La proposition relative aux prêts à la construction d'hôpitaux donnait aussi à entendre que le gouvernement fédéral reconnaissait que les installations existantes ne répondaient pas aux besoins d'ordre sanitaire qui s'affirmeraient une fois que le facteur économique ne gênerait plus la demande.

Ces propositions ont été soumises à une conférence fédérale-provinciale qui s'est réunie en août 1945, et de nouveau en avril 1946. Malheureusement, la conférence ne s'est pas intéressée autant au programme de

[1] Par exemple, si le régime était entré en vigueur, mettons en 1946, le Régime d'assurance-hospitalisation de la Saskatchewan aurait été admissible en 1947.

Le coût estimatif des soins hospitaliers établi par le gouvernement fédéral s'élevait à $6 par habitant. En Saskatchewan, le coût réel était d'environ $9 par habitant. La quote-part du gouvernement fédéral aurait été de 60 p. 100 de $6, soit $3.60 et donc de 40 p. 100 du coût total.

reconstruction qu'aux accords fiscaux concernant les domaines à «louer» au gouvernement fédéral en échange de subventions aux provinces. Comme on n'est pas parvenu à s'entendre sur ces accords financiers, aucune des propositions du gouvernement fédéral n'a été adoptée et, en conséquence, l'action étendue du gouvernement fédéral dans le domaine des services de santé a été remise à 1948 alors qu'a été institué le programme de subventions à la santé.

PROGRAMME DES SUBVENTIONS NATIONALES À LA SANTÉ, 1948

Les subventions conditionnelles sont une des méthodes que favorisent les régimes fédératifs. Elles reposent sur deux principes fondamentaux:

(1) Sous un régime fédératif, il se peut que la répartition des recettes établies lors de la création de la constitution ne puisse assurer le financement des activités à mesure qu'elles grandissent avec l'évolution des conditions. Il est évident qu'au Canada, l'expansion des services relevant de la compétence des provinces, particulièrement l'éducation, la santé, le bien-être social et la voirie, a dépassé la capacité financière des provinces limitée par les sources de revenus que leur confère la constitution.

(2) Bien que certaines provinces soient en mesure d'assurer tous les services que leur assigne la constitution, il existe une grande disparité entre les diverses provinces quant à leur capacité d'assurer tous ces services. La subvention conditionnelle est donc une tentative de corriger les inégalités entre les provinces en permettant à chacune de se conformer à «une norme nationale minimum».

C'est pour cette raison que certains programmes de subventions conditionnelles peuvent prévoir des méthodes appelées à compenser ces inégalités. Par exemple, 50 p. 100 de la subvention à la lutte antituberculeuse est répartie entre les provinces strictement en fonction de la population, tandis que l'autre moitié est répartie selon le taux de mortalité due à la tuberculose. Le même principe vaut pour la subvention à l'hygiène maternelle et infantile: la moitié est distribuée en fonction de la population et l'autre moitié selon le taux de mortalité maternelle et infantile.

On reconnaîtra que ces dispositions tiennent compte des besoins sanitaires, mais non des besoins fiscaux. Au Canada, les subventions conditionnelles n'ont jamais tenu compte des différences en fait de besoins fiscaux. La fonction stabilisatrice de l'aide fédérale se reflète dans les accords fiscaux.

En 1948, le gouvernement décida qu'il était fort souhaitable, malgré le désaccord sur l'assurance-maladie, d'instituer un programme de subventions à la santé afin d'établir des bases plus solides sur lesquelles pourrait plus tard s'édifier le régime d'assurance-maladie. En conséquence, le gouvernement a présenté, le 14 mai 1948, une mesure législative concernant les subventions nationales à la santé.

Les propositions mises de l'avant en 1945 furent quelque peu modifiées. Voici le régime qui en est résulté:

(1) Une subvention aux enquêtes sur les services de santé aux fins «d'aider aux provinces à établir les rouages nécessaires pour assurer le meilleur usage possible des autres subventions à la santé et à planifier l'aménagement de nouveaux hôpitaux et l'organisation satisfaisante de l'assurance hospitalière et médicale».

(2) Subventions aux programmes existants:

a) Subvention à la santé publique	$ 8,097,000	
b) Lutte antituberculeuse	4,678,000	
c) Hygiène mentale	7,405,000	
d) Lutte antivénérienne	523,000	(subvention à parité)
e) Enfants infirmes	520,000	
f) Lutte anticancéreuse	3,606,000	(subvention à parité)
g) Services de laboratoire et de radiologie	6,546,000	(subvention à parité lorsque utilisée pour des services, mais subvention sans parité lorsque utilisée pour du matériel et du personnel)
h) Réadaptation médicale	999,000	
i) Hygiène infantile et maternelle	1,916,000	

(3) Subvention à la formation professionnelle ..... $ 623,000

(4) Subvention à la construction d'hôpitaux ..... 17,918,000 (subvention à parité, également)

ASSURANCE-HOSPITALISATION

Soins hospitaliers de maternité en Alberta, 1944

Au Canada, le premier régime public de soins hospitaliers fut celui que le gouvernement de l'Alberta a établi en 1944, et qui offrait des soins hospitaliers «gratuits» pendant une période maximum de 12 jours à toutes les mères enceintes de l'Alberta ainsi qu'à leurs nouveaux-nés, pourvu que la mère soit une personne vraiment domiciliée dans la province et qu'elle ait vraiment résidé dans la province pendant douze mois consécutifs au cours des 24 mois précédents[1]. Les avantages s'appliquaient à tous les services

[1] Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, *Régimes d'assurance-hospitalisation et d'assurance-médicale au Canada*, Ottawa, Imprimeur de la Reine, juillet 1955.

hospitaliers en salle commune dont l'accouchée et son nouveau-né auraient besoin pendant une période maximum de douze jours. Ces services pouvaient être obtenus dans les hôpitaux approuvés et dans les foyers de garde, ou une subvention en espèces pouvait être versée à la mère dont l'enfant était né à la maison. Au cours de l'année qui a suivi l'institution du régime, 96 p. 100 de tous les bébés nés en Alberta l'ont été en hôpital. En 1958, le régime a été intégré au régime de soins hospitaliers généraux.

Soins hospitaliers d'assurance sociale en Saskatchewan, 1945

Le deuxième pas partiel fait par un gouvernement provincial en vue d'assurer des services hospitaliers fut l'adoption, en 1945, d'un régime complet de services de santé, comprenant les frais hospitaliers, dentaires, médicaux et pharmaceutiques de toutes personnes touchant une pension de vieillesse, une allocation aux mères nécessiteuses ou une allocation d'ordre général. Ainsi environ 30,000 citoyens étaient admissibles à des soins hospitaliers gratuits sur présentation de leur «carte d'assurance». L'importance du régime ressort du fait qu'en 1961, même si les admissibles formaient seulement 4.5 p. 100 de la population, ils ont bénéficié de 13.4 p. 100 de tous les jours d'hospitalisation.

Régime de services hospitaliers en Saskatchewan

On se souviendra que l'intérêt manifesté par la population de la Saskatchewan pour l'assurance-maladie a suscité, en 1943 la création du comité spécial de l'Assemblée législative sous le gouvernement libéral, et que cet intérêt n'a pas fléchi.

Une deuxième commission royale d'enquête, nommée en 1944, recommanda, entre autres choses, l'établissement d'un régime d'assurance-hospitalisation. Les plans du régime furent élaborés en 1945 et 1946 en collaboration avec l'Association hospitalière de la Saskatchewan d'une part, qui aida à établir les dispositions relatives à l'hospitalisation, et avec l'Association des municipalités de la Saskatchewan d'autre part, qui aida à instituer les rouages nécessaires à la perception de l'impôt. La Loi sur l'hospitalisation en Saskatchewan a été adoptée en 1946 et le régime est entré en vigueur en 1947. Il est modelé sur la Croix-Bleue, sauf qu'il était obligatoire. A l'origine, la prime était de $5 par année pour chacun des membres d'une famille, jusqu'à concurrence de $30. La prime de l'année devait être payée à tout bureau municipal au cours de la période allant du 1er septembre au 30 novembre. Les municipalités touchaient une commission de perception de 5 p. 100. Le gouvernement provincial a continué de verser à la caisse d'hospitalisation des montants égaux à l'égard de chacun des trois régimes qu'il finançait avant l'établissement du régime, savoir le régime de soins hospitaliers aux assistés, le régime de soins hospitaliers à tous les cancéreux et une somme d'environ 1 million de dollars versée aux hôpitaux en subventions quotidiennes.

Comme la Croix-Bleue n'existait pas en Saskatchewan, il était nécessaire de prévoir des règles et formalités pouvant s'appliquer à la nouvelle situation. La tâche était d'autant plus complexe que le nombre des hôpitaux était peu élevé en Saskatchewan, qu'il existait une grave pénurie de personnel et que la population était très dispersée.

Au nombre des nouvelles méthodes et formalités établies en vue du régime d'hospitalisation figuraient les suivantes:

(1) Un système de perception de l'impôt par les municipalités qui se révèle remarquablement efficace, eu égard à toutes les capitations antérieures. Chaque année, le régime d'hospitalisation parvenait à assurer environ 97 p. 100 de toute la population.

(2) Le régime appliqua la première année le système de paiements hôpitaux dit système «des unités de points» et proposé par le secrétaire de l'époque de l'Association des hôpitaux du Canada, le docteur Harvey Agnew. Malheureusement, le système n'était pas aussi efficace dans la pratique qu'il était attrayant en théorie, et on l'abandonna après la première année. En fin de compte, le Régime d'hospitalisation de la Saskatchewan adopta, pour payer les hôpitaux, la formule «des coûts fixes augmentés de variables». Depuis, cette formule a été adoptée également par la Colombie-Britannique et le Manitoba.

(3) Les services de consultation en hôpital établis aux termes du Régime de services hospitaliers de la Saskatchewan obtinrent un haut niveau de compétence et les hôpitaux eurent recours pour une très large part à la Division des normes hospitalières pour améliorer leurs services.

(4) Le Régime de services hospitaliers encouragea l'établissement d'une puissante association des hôpitaux et recommanda d'augmenter la cotisation des hôpitaux membres afin de permettre l'établissement d'un secrétariat permanent.

(5) De 1947 à 1950, le Régime de la Saskatchewan fut administré par une Commission de planification des services de santé, dont le président était le seul commissaire à plein temps. Au nombre des quatre autres commissaires, il y avait les directeurs de deux divisions de la Commission, les deux autres membres étant le sous-ministre de la Santé et le trésorier provincial adjoint. En 1950, l'administration du régime fut confiée au ministère de la Santé publique, assisté par la Commission de planification des services de santé dont les cadres furent élargis de façon à comprendre cinq membres représentant le public et cinq représentant les professions sanitaires; par ailleurs, le nombre des représentants du gouvernement fut réduit de cinq à deux.

A l'instar de tous les autres régimes de services assurés, le Régime de services hospitaliers de la Saskatchewan dut faire face à un accroissement des coûts et, en 1948, il devint nécessaire de suppléer aux primes par le produit d'une augmentation de la taxe de vente. De 1936 à 1947, la taxe de vente au détail avait été à 2 p. 100; en 1948, le gouvernement la porta à 3 p. 100 et

affecta les recettes provenant de la majoration de 1 p. 100 au Régime de services hospitaliers de la Saskatchewan.

Le régime de la Saskatchewan servit de terrain d'expérience en vue de trouver la solution à de nombreaux problèmes reliés à la couverture universelle et à l'administration d'un régime relevant d'un organisme de l'État. En 1948, lorsque la Colombie-Britannique et l'Alberta songeaient à instituer leur propre régime, et de nouveau, de 1956 à 1960, lorsque d'autres provinces s'apprêtaient à accepter les dispositions de la Loi nationale sur l'assurance-hospitalisation, toutes les provinces envoyèrent en Saskatchewan une délégation chargée d'étudier l'organisation de son régime et les méthodes utilisées.

Service d'assurance-hospitalisation de la Colombie-Britannique

Comme nous l'avons déjà indiqué, la Colombie-Britannique avait la Croix-Bleue, mais elle n'était pas parvenue à convaincre une partie importante de la population d'en faire partie. En conséquence, le gouvernement de la Colombie-Britannique présenta, en 1948, la Loi sur l'assurance-hospitalisation, prévoyant des avantages fort semblables à ceux du régime de la Saskatchewan; toutefois, la Loi prévoyait un système différent d'imposition et de perception de l'impôt.

Alors qu'au début le régime de la Saskatchewan avait augmenté la prime suivant le nombre de membres de chaque famille, le régime de la Colombie-Britannique imposa une prime élevée aux célibataires, une prime réduite à l'égard de l'épouse dans les familles ne comportant que deux membres et n'augmenta pas la prime pour les familles ayant des enfants. La prime primitive était de $21 pour un célibataire et de $33 pour les familles de deux ou plusieurs membres. Pour les employés qui le désiraient, la prime pouvait être retenue sur la source de revenu, mais seulement un petit nombre d'employeurs acceptèrent cette méthode. Tous les autres employés versaient leur prime à 61 bureaux régionaux, répartis dans toute la province. A la fin de la première année, les perceptions étaient de 30 p. 100 inférieures au montant prévu. On décida alors de rendre obligatoire la retenue des primes sur la source de revenu, mesure qui eut pour effet d'accroître beaucoup les recettes.

Le mécontentement suscité par le bilan de la perception et certaines critiques formulées à l'endroit des méthodes d'administration amenèrent l'Assemblée législative à créer un comité d'enquête qui recommanda d'importantes modifications. On apporta certains changements à la méthode d'établissement des primes et au système de perception, ce qui entraîna une certaine amélioration au régime, mais le 1er avril 1954, le système des primes fut finalement aboli et le gouvernement annonça une augmentation de 3 à 5 p. 100 de la taxe de vente au détail, les recettes additionnelles étant évidemment affectées au régime d'assurance-hospitalisation sans, cependant, y être spécifiquement destinées.

Une fois que le financement du régime eut été assuré par la taxe de vente, la plupart des problèmes d'ordre administratif disparurent. Il restait évidemment le problème des rapports entre les hôpitaux et l'administration du

régime d'hospitalisation; au fond, il s'agissait ici de faire face aux coûts croissants attribuables à l'augmentation du nombre des usagers et à l'amélioration des normes.

Depuis le début, le régime de la Colombie-Britannique était administré par un seul commissaire, qui relevait directement du ministre de la Santé. En 1959, sa désignation fut remplacée par celle de sous-ministre de l'assurance-hospitalisation.

Régime de services hospitaliers de l'Alberta

Le régime de services hospitaliers de l'Alberta a été inauguré en juin 1949, et, contrairement à celui de la Saskatchewan, se fondait sur les régimes municipaux d'assurance-hospitalisation administrés par les conseils municipaux. Les régimes de la Saskatchewan et de la Colombie-Britannique avaient admis tous les services requis d'un hôpital et n'avaient établi aucune distinction entre les divers services fondamentaux (logement, nourriture, soins infirmiers de base, pansements, etc.) et les services appelés dans la plupart des hôpitaux (et par la plupart des régimes de la Croix-Bleue) «services spéciaux» ou «supplémentaires»: salle d'opération, salle d'accouchement, médicaments, services d'anesthésie, de radiologie et de laboratoire. Le régime de l'Alberta établit la distinction utilisée par la Croix-Bleue et, dans sa version primitive, ne prévoyait que les services fondamentaux et non les «services spéciaux».

Au point de vue financier, le gouvernement provincial se proposait d'établir un taux de salle commune à l'égard de chacune de cinq catégories d'hôpitaux. Il s'engagea à payer à la municipalité de résidence de l'assuré la moitié du tarif, le solde devant être payé par la municipalité au moyen des recettes provenant de l'impôt municipal.

En 1953, la province a autorisé les municipalités qui le désiraient à ajouter une deuxième catégorie d'indemnités visant le coût de ce qu'on a officiellement appelé «services spéciaux».

On a conservé une autre disposition fondamentale des régimes municipaux d'assurance-hospitalisation, celle du paiement d'un montant «déductible» de $1 par jour par chaque hospitalisé et pour chaque jour d'hospitalisation. Lorsqu'une municipalité ajoutait les soins spéciaux, le montant déductible était porté à $2 par jour.

En conséquence, de 1949 à 1958 (cette dernière année est celle où le gouvernement de l'Alberta a accepté les conditions de la Loi nationale sur l'assurance-hospitalisation), les soins hospitaliers étaient financés en Alberta par trois sources: la province, la municipalité et l'hospitalisé. En 1954, 75 p. 100 de tous les hospitalisés étaient assurés en vertu du régime.

Régime de services hospitaliers de Terre-Neuve

En 1949, lorsqu'elle est entrée au sein de la Confédération, Terre-Neuve avait déjà un régime de services hospitaliers assorti d'un régime de services médicaux qui couvrait le tiers de la population habitant surtout les

petits villages. Les personnes qui acceptaient de payer une modeste prime étaient assurées à l'égard des soins médicaux et hospitaliers reçus dans un des hôpitaux de la province. Les tarifs imposés par les hôpitaux aux non assurés étaient suffisamment élevés pour pousser la plupart des gens à s'assurer. Évidemment, le régime recevait de fortes subventions du gouvernement provincial. Les infirmières et les médecins étaient rémunérés par le ministère de la Santé publique qui administrait le régime. En 1957, la province institua le régime d'hospitalisation des enfants qui offrait gratuitement l'hospitalisation et les services externes aux enfants de moins de 16 ans.

Le programme de subventions décrit ci-dessus a pris de l'ampleur pendant que se sont établis ces divers régimes provinciaux.

Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques, 1957

Des facteurs variés ont contribué à l'adoption en 1956, de la décision d'établir un régime national d'assurance-hospitalisation. Il y avait, d'abord, le succès remporté par les régimes provinciaux de la Colombie-Britannique et de la Saskatchewan, par le régime provincial-municipal plus restreint, quoique en voie d'expansion, de l'Alberta, et par le régime de Terre-Neuve. Un élément tout aussi important fut le succès obtenu par la Croix-Bleue qui avait montré dans les autres provinces que, même si elle n'atteignait pas toute la population (en 1956, la Croix-Bleue comptait 40 p. 100 de la population de l'Ontario), ses principes étaient sains et ses méthodes efficaces. A cela s'ajoutait l'activité très intense des compagnies d'assurance dans le domaine de la maladie et des accidents.

Un autre élément fut la diminution progressive du manque de lits d'hôpital et de la pénurie de personnel qui avaient préoccupé un certain nombre de chefs politiques, surtout à Ottawa et en Ontario. En fait, les subventions à la construction d'hôpitaux et les autres subventions à la santé avaient réalisé plusieurs des objectifs qui leur avaient été proposés en 1948, afin de préparer la voie à l'établissement d'un régime plus étendu.

Malgré les résultats donnés par le paiement par anticipation privé et l'assurance commerciale, les faits étaient assez pénibles: les subventions accrues adressées aux gouvernements provinciaux et aux municipalités étaient nombreuses et persistantes; même en Ontario, où l'on pouvait retenir à la source les primes de la plus grande partie de la population, seulement les deux tiers de la population étaient protégés par une certaine forme d'assurance et, pour une bonne partie de ces gens, la protection était insuffisante; la majorité des autres habitants n'étaient pas en mesure d'acquitter les frais croissants de l'hospitalisation; en général, les hôpitaux connaissaient de sérieuses difficultés financières. L'assurance-hospitalisation fut donc l'un des plus importants problèmes discutés à la conférence fédérale-provinciale de 1955 et, pour les raisons énumérées ci-dessus, il fut décidé que l'établissement d'un régime universel et complet était essentiel si l'on voulait répondre aux besoins des Canadiens en matière d'hospitalisation ainsi qu'aux besoins des hôpitaux. La conférence fut suivie par des rencontres successives

des ministres fédéraux et provinciaux des Finances et de la Santé et des spécialistes en la matière. A la fin de 1956, on s'était entendu sur les principales dispositions de la Loi. Les ministres et les administrateurs firent preuve de la même collaboration étroite en 1957 lorsqu'on a établi les règles et dispositions des accords. En 1961, toutes les provinces avaient conclu un accord aux termes de la Loi, et 99 p. 100 de la population était assurée.

Vu que ce régime touche probablement plus les Canadiens—tant du point du vue des résultats que des frais en cause—que tout autre programme conjoint fédéral-provincial, et comme tout accroissement de la collaboration entre les gouvernements fédéral et provinciaux dans le domaine des services de santé doit inévitablement se ressentir des principes fondamentaux du régime, il est important d'étudier ici la nature des ces principes:

(1) Il s'agit d'un régime conjoint fédéral-provincial qui reconnaît la situation constitutionnelle des provinces et leur confie la responsabilité de l'administration.

(2) Le coût global du régime et, partant, la quote-part du gouvernement fédéral (50 p. 100)[1] sont déterminés par les hôpitaux et les gouvernements provinciaux, au moyen des frais autorisés et du volume des services fournis.

(3) Les services autorisés aux termes de la Loi comme services assurés comprennent en général tous les services internes et externes normalement fournis au niveau de la salle commune par un hôpital de traitement actif, par un hôpital de convalescence ou par un hôpital pour maladies chroniques, mais non par les hôpitaux pour maladies mentales, les sanatoriums ou les foyers de garde. La plus importante disposition de la Loi au sujet des avantages est peut-être l'abolition de toute limite quant au montant quotidien. L'hospitalisation est disponible aussi longtemps qu'elle est nécessaire au point de vue médical.

(4) Le régime se fonde sur le principe de la couverture universelle et uniforme de tous les citoyens, sans égard à l'âge, au sexe, à l'état de santé ou à la situation de fortune. Il facilite également la transférabilité des avantages d'une province à une autre. La Loi porte que le régime doit être «universellement accessible», mais, en examinant les documents, on constate qu'il s'agissait de permettre des dispositions d'ordre administratif et financier grâce auxquelles tous les habitants d'une province, y compris les assistés, seraient assurés. Cet objectif a été automatiquement atteint dans toutes les provinces qui ont utilisé une méthode de financement autre que les primes et, même dans les provinces qui utilisent les primes, la proportion des assurés

[1] Voir article 7, ci-après.

est exceptionnellement élevée, même lorsque la participation est libre, du moins en principe.

(5) La Loi ne prévoit aucune modification de la forme juridique des hôpitaux; en outre, elle ne prévoit aucun changement quant aux responsabilités administratives qu'exigent la direction et la surveillance des affaires des hôpitaux. (En ce qui concerne l'administration des régimes dans certaines provinces, nous ne sommes pas sûrs qu'on ait entièrement accepté ce principe[1].)

(6) La Loi laisse entendre que les services seront fournis au prix le plus bas possible, et elle prévoit des dispositions quant au partage des frais des services externes et internes.

(7) Suivant la formule établie quant au partage des frais, le gouvernement fédéral est censé payer la moitié du coût des services approuvés rendus aux assurés de tout le Canada, mais sa quote-part à chacune des provinces doit être inversement proportionnelle au coût des services. Il ne s'agit pas, cependant, d'une formule établie pour répondre aux besoins fiscaux, mais pour stimuler les provinces à maintenir le coût global de leurs services inférieur à la moyenne nationale. La Loi porte aussi explicitement que le gouvernement fédéral ne partage pas le coût des immobilisations, des intérêts sur les emprunts ni de l'amortissement, sauf dans le cas du matériel.

(8) La Loi reconnaît aussi en principe qu'elle ne vise pas uniquement les rouages de l'assurance ou du financement. De là, la disposition exigeant que chaque province indique dans son accord les moyens par lesquels elle se propose «d'accorder des permis, d'inspecter et de surveiller les normes des hôpitaux». En fait, la Loi est une mesure législative permettant d'abord à la population d'obtenir les services dont elle a besoin et établissant, en second lieu, des normes financières pour aider au paiement de ces services.

(9) Au début, il a été décidé que la Loi entrerait en vigueur lorsque la majorité des provinces (6), représentant la majorité des Canadiens, concluraient des accords pour s'engager à établir ou à maintenir un régime d'hospitalisation. Toutefois, par suite d'une modification, la Loi est entrée en vigueur le 1er juillet 1958, alors que seulement cinq provinces participaient au régime. Toutefois, sept provinces s'étaient déjà intégrées au régime le 1er janvier 1959, neuf, le 1er janvier 1960, et les dix, le 1er janvier 1961. Les Territoires du Nord-Ouest ont mis leur régime sur pied le 1er avril 1960, et le Yukon a établi le sien le 1er juillet 1961.

---

[1] Voir chapitre 14.

D'après les vues que nous avons exprimées des associations d'hôpitaux, des associations médicales, des gouvernements provinciaux et des groupes d'assurés, et d'après les résultats de nos propres enquêtes, il appert que, en général, les principes généraux du régime sont bons, que le régime a assuré le financement de services hospitaliers qui, autrement, aurait été impossible, qu'il a permis à la population d'obtenir des soins qu'elle n'aurait pas reçus autrement, et qu'il a évité à de nombreuses personnes et familles une part considérable du fardeau écrasant qu'impose une longue maladie.

Le régime nous apparaît comme une heureuse alliance entre l'appui financier du gouvernement fédéral, d'une part, et le respect de l'autonomie provinciale, d'autre part. Il va même plus loin que cela car, pour son administration, on a recours à un certain nombre de comités et d'équipes de travail fédéraux-provinciaux. C'est une application remarquablement heureuse de ce qu'on appelle depuis longtemps le «fédéralisme coopératif».

Comment les provinces ont-elles organisé l'administration et le financement de leur régime? Comment ont-elles constitué leur régime et quel mode de financement ont-elles adopté pour payer leur part des frais? Comme dans le cas de bien d'autres aspects de la vie publique au Canada, on peut facilement se rendre compte de la diversité qui règne dans ce domaine.

Quant à l'administration générale du régime d'assurance, certaines provinces l'ont confiée à leur ministère de la Santé, d'autres ont créé un organisme distinct sous la direction d'un sous-ministre, et d'autres enfin ont eu recours à des commissions de représentants. Deux des provinces sont passées d'un régime administratif à un autre. Voici la situation dans les diverses provinces:

Province	*Organisme administratif ou administration*
Terre-Neuve	Sous-ministre de la Santé
Île-du-Prince-Édouard	Commission des services hospitaliers
Nouvelle-Écosse	Commission des services hospitaliers
Nouveau-Brunswick	Sous-ministre de la Santé (antérieurement une commission)
Québec	Sous-ministre de la Santé
Ontario	Commission des services hospitaliers
Manitoba	Commission des services hospitaliers (antérieurement un seul commissaire)
Saskatchewan	Sous-ministre de la Santé
Alberta	Directeur des hôpitaux
Colombie-Britannique	Sous-ministre de l'assurance-hospitalisation

Comme on le voit ci-dessus, quatre provinces ont une commission de représentants et six confient la responsabilité administrative à une seule personne. Tous les organismes sont évidemment comptables à un ministre, habituellement le ministre de la Santé.

En ce qui a trait au financement, les méthodes varient également; certaines provinces ont eu recours à diverses méthodes à différentes époques, tandis que d'autres utilisent un régime de financement mixte.

La première province à instituer un régime a été la Saskatchewan, en 1947; elle a commencé par utiliser la méthode des primes perçues, dans son cas, par les autorités municipales qui touchaient une commission pour exercer cette activité supplémentaire. En 1950, la taxe de vente au détail a été portée de 2 à 3 p. 100, et les recettes provenant de l'augmentation ont été affectées à la caisse d'hospitalisation. Le régime devait en outre recevoir une aide provenant des recettes générales de la province. A l'heure actuelle, on a encore recours au régime des primes et de la taxe de vente.

Le deuxième régime a été établi par la Colombie-Britannique en 1949, d'après celui de la Saskatchewan, mais il ne jouissait pas de l'aide d'un organisme municipal et présentait le désavantage de servir une population active très flottante, particulièrement dans l'industrie du bois. En raison des difficultés survenues, le système des primes a été abandonné en 1952, et on a porté en même temps la taxe de vente au détail de 3 à 5 p. 100, ce qui a fait augmenter les recettes générales qui demeuraient la seule source de recettes pour la province.

En Alberta, le régime est entré en vigueur en 1949; il assurait des subventions aux divers régimes municipaux, la part de la province provenant des recettes générales. Les municipalités prélevaient leur part sur les recettes de la taxe foncière et des primes exigées des habitants non fonciers. Depuis l'institution du régime fédéral, le régime de la province est maintenant administré et financé par la province elle-même. Un faible impôt est demandé aux municipalités pour la construction d'hôpitaux et les municipalités prennent aussi à leur compte tout déficit des hôpitaux.

Le Manitoba et l'Ontario financent surtout leur contribution au régime par les recettes provenant des primes que retiennent les employeurs, ainsi que des percepteurs municipaux et autres, et par des paiements directs à la commission.

Au début, l'Île-du-Prince-Édouard et le Nouveau-Brunswick finançaient tous deux leur régime à l'aide de primes, mais ils ont plus tard abandonné cette méthode et comptent maintenant sur les recettes générales de la province.

Depuis l'institution de son régime, la Nouvelle-Écosse finance sa quote-part à l'aide d'une taxe de vente au détail de 3 p. 100 spécialement prélevée à cette fin.

Le régime du Québec, établi en 1961, est le plus important qui soit financé à l'aide des recettes générales de la province, bien qu'il existât dans la province «une taxe de vente au détail effectée aux hôpitaux» avant la mise en vigueur du régime.

Terre-Neuve a longtemps eu recours aux primes, mais elle finance maintenant sa part du régime à l'aide des recettes générales de la province.

Le tableau ci-après résume les méthodes de financement des diverses provinces.

Province	Primes	Autre impôt spécial	Recettes générales de la province	Autres recettes
Terre-Neuve			x	
Île-du-Prince-Édouard			x	
Nouvelle-Écosse		Taxe de vente au détail		
Nouveau-Brunswick			x	
Québec		Taxe de vente au détail	x	
Ontario	x			
Manitoba	x	Augmentation de 6% de l'impôt sur le revenu des particuliers—Impôt de 1% sur le revenu des sociétés		
Saskatchewan	x	Taxe de vente au détail		
Alberta			x	Taux quotidien*
Colombie-Britannique		Taxe de vente au détail		Taux quotidien†

* $1.50 à $2 par jour selon l'importance de l'hôpital, et $1 par jour à l'égard des nouveau-nés.
† $1 par jour, et aucun paiement à l'égard des nouveau-nés.

SOURCE: Rapport annuel du ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, aux termes de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques, Ottawa, Imprimeur de la Reine, mars 1963, p. 9.

Qu'en est-il des hôpitaux? Ici, les problèmes varient. Déjà, on est porté à oublier les problèmes qui se posaient au service de perception avant l'institution du régime, ainsi que les restrictions budgétaires ou l'expansion imposée par les taux maximums que les malades pouvaient raisonnablement payer. Actuellement, on pense aux restrictions budgétaires qu'imposent les organismes d'assurance-hospitalisation. Nous ne saurions le démontrer, mais à notre avis, les hôpitaux canadiens s'en tirent beaucoup mieux maintenant qu'ils le feraient sans régime d'hospitalisation, à l'exception peut-être des hôpitaux très bien dotés, relativement peu nombreux ou de ceux qui servent surtout des malades fortunés. Les services semblent s'être améliorés: en Nouvelle-Écosse, par exemple, le nombre total d'heures de travail payées

par journée d'hospitalisation est passé de 12.4 en 1959 à 15.8 (maximum au Canada) en 1961. Le nombre d'heures de personnel infirmier est passé de 6.5 à 6.9 en Ontario, et en Alberta, de 5.8 à 6.3. Les installations hospitalières ont connu une expansion rapide, car la plupart des provinces ont établi de nouvelles méthodes pour financer les investissements.

Le rapport annuel du ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, au chapitre de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques, renferme des données satistiques très détaillées sur le fonctionnement du régime. Toutefois, comme la portée et l'importance de certaines de ces données sont plutôt d'ordre général, nous les reproduisons ici.

Nombre d'assurés

Depuis l'institution du régime, en juillet 1958, le nombre des assurés s'est accru, vu l'adhésion au régime d'un plus grand nombre de provinces et par suite de l'augmentation de la population dans toutes les provinces. Partout, sauf en Ontario, l'assurance est automatique (lorsque financée à l'aide des recettes générales) ou obligatoire (lorsque financée à l'aide de primes). Le tableau 10-2 indique que même en Ontario, la proportion des assurés admissibles atteint 96 p. 100; au Manitoba, la proportion est de 95.2 p. 100 et, en Saskatchewan, de 97.7 p. 100.

TABLEAU 10-2 NOMBRE DE PERSONNES ASSURÉES LE 31 MARS 1963, PAR PROVINCE TEL QU'IL A ÉTÉ RAPPORTÉ POUR LES PAIEMENTS ANTICIPÉS

Province	Nombre d'assurés, le 31 mars 1963*	Chiffre estimatif de la population, le 1er juin 1963†	Pourcentage des assurés
Terre-Neuve	481,000	481,000	100
Île-du-Prince-Édouard	105,000	107,000	98.1
Nouvelle-Écosse	733,000	756,000	99.6
Nouveau-Brunswick	605,000	614,000	98.5
Québec	5,465,000	5,468,000	99.9
Ontario	6,188,741	6,448,000	96.0
Manitoba	904,631	950,000	95.2
Saskatchewan	911,661	933,000	97.7
Alberta	1,398,000	1,405,000	99.5
Colombie-Britannique	1,687,000	1,695,000	99.5
Yukon	15,000	15,000	100
Territoires du Nord-Ouest	25,000	25,000	100
CANADA	18,519,033	18,897,000	98.0

* *Rapport annuel* du ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, en vertu de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques, mars 1963, tableau A, p. 12.

† Bureau fédéral de la statistique, *Population estimative suivant le sexe et par groupe d'âge, Canada et provinces, 1963*, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1963.

Volume de soins

Le nombre global de jours d'hospitalisation assurés, dont 17,741,000 Canadiens assurés ont bénéficié en 1961, a atteint 31,248,000, soit une moyenne de 1,761 jours pour 1,000 assurés[1]. La moyenne a été inférieure à celle de 1960 (1,808) parce que le Québec a adhéré au régime le 1er janvier. Comme l'indique le tableau 10-3, cette province a accusé une moyenne de 1,553 jours pour 1,000 assurés[2] en 1961.

On remarquera dans le même tableau que la moyenne de jours d'hospitalisation pour 1,000 assurés varie considérablement de 1,145 à Terre-Neuve et de 1,478 en Nouvelle-Écosse à 2,244 en Alberta et 2,246 en Saskatchewan. L'année de ces statistiques, soit en 1961, ces deux dernières provinces possédaient déjà leur régime d'hospitalisation depuis 12 et 14 ans, respectivement, et l'on se demande forcément si toutes les provinces n'accusent pas à la longue une moyenne aussi élevée. Un résident de la Saskatchewan ou de l'Alberta reçoit presque deux fois plus de soins hospitaliers que son compatriote de Terre-Neuve, presque 50 p. 100 de plus qu'un résident de la Nouvelle-Écosse, et environ le cinquième de plus qu'un résident de l'Ontario.

En Saskatchewan et en Nouvelle-Écosse, tout comme en Colombie-Britannique, les chiffres sont demeurés passablement constants. En 1961, cette dernière province possédait un régime depuis 12 ans, mais son taux de participation n'atteignait que 75 p. 100 de celui de l'Alberta et de la Saskatchewan. On remarquera que les taux d'hospitalisation les plus élevés se rencontrent dans les provinces qui n'offrent pas toute la gamme des services externes. Il vaut aussi la peine de noter—et cela est fort inquiétant—que les taux de ces provinces comptent parmi les plus élevés au monde.

L'influence du régime d'assurance sur les méthodes adoptées pour le paiement des comptes d'hôpitaux est, évidemment, presque aussi complète qu'on l'avait espéré. Comme le révèle le tableau 10-4, 87.8 p. 100 de toutes les journées d'hospitalisation au Canada en 1961 ont été payées par le régime d'assurance, et si l'on répartit au prorata les journées non réparties qui représentent 1.7 p. 100 de l'ensemble et si l'on déduit les journées des non-résidents (1.3 p. 100), la proportion des journées assurées atteint 90 p. 100. Sur les 10 p. 100 qui restent, 6.3 p. 100 sont à la charge du gouvernement fédéral. Il ne reste donc guère plus de 1 p. 100 de soins non assurés donnés aux résidents non assurés.

L'utilisation des hôpitaux est proportionnelle aux services disponibles et elle s'évalue d'après le nombre d'admissions et le séjour moyen qui, ensemble, donnent le nombre total de journées d'hospitalisation et le taux pour 1,000 habitants. Les tableaux 10-4 et 10-5 indiquent la grande variation entre les diverses provinces.

---

[1] Dans le tableau 14-1, au chapitre 14, il est question des taux d'hospitalisation des non-assurés et des assurés.

[2] En réalité, cette moyenne n'est pas complète, car 60 hôpitaux du Québec n'ont pas communiqué à l'administration centrale le nombre de jours d'hospitalisation.

TABLEAU 10-3 JOURNÉES DE MALADES ASSURÉS PENDANT L'ANNÉE, PAR PROVINCE, ET NOMBRE DE JOURNÉES ASSURÉES PAR MILLIER D'HABITANTS, POUR LES ADULTES ET LES ENFANTS, PAR PROVINCE, 1959 À 1961

Province	Nombre d'hôpitaux répondants			Population assurée[a]			Journées d'hospitalisation assurées pendant l'année[c]			Journées d'hospitalisation assurées par millier d'habitants assurés		
	1959	1960	1961	1959	1960	1961[b]	1959	1960	1961	1959	1960	1961
Terre-Neuve	40	40	42	448,000	457,000	468,833	528,852	524,656	536,918	1,180.5	1,148.0	1,145.2
Île-du-Prince-Édouard	—	9	9	—	86,809	86,431	—	140,857	149,805	—	1,622.6	1,733.2
Nouvelle-Écosse	48	48	48	696,000	702,000	711,000	999,955	1,030,541	1,051,424	1,436.7	1,468.0	1,478.8
Nouveau-Brunswick	—	38	40	—	522,255	604,000	—	929,674	976,537[d]	—	1,780.1	1,616.8
Québec	—	—	235[e]	—	—	5,202,167	—	—	8,077,091[e]	—	—	1,552.6[e]
Ontario	298	323	329	5,535,980	5,698,582	5,901,608	9,686,803	10,587,204	11,141,030[f]	1,749.8	1,857.9	1,887.8
Manitoba	86	100	100	873,749	882,749	903,460	1,451,929	1,543,755	1,613,598[g]	1,661.7	1,750.1	1,786.0
Saskatchewan	158	159	160	878,060	888,419	889,115	1,952,785	1,990,543	1,997,712	2,224.0	2,240.5	2,246.9
Alberta	117	121	162	1,232,000	1,272,000	1,312,083	2,360,000	2,540,354	2,944,358	1,915.6	1,997.1	2,244.0
Colombie-Britannique	104	112	108	1,556,000	1,594,000	1,625,750	2,434,785	2,595,285	2,707,098	1,564.8	1,628.2	1,665.1
Yukon	—	—	3	—	—	14,000	—	—	24,871	—	—	1,776.5
Territoires du Nord-Ouest	—	—	22	—	—	22,417	—	—	27,402	—	—	1,222.4
Total des provinces ayant participé toute l'année	851	950	1,258	11,219,789	12,103,098	17,740,864	19,415,109	21,882,869	31,247,844	1,730.4	1,808.0	1,761.3

[a]Fondé sur la moyenne annuelle des personnes assurées au titre des régimes provinciaux, assurance-santé, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.

[b] Estimation provisoire.

[c] Journées assurées par le régime provincial pour les hôpitaux situés dans la province, à l'exclusion des journées d'hospitalisation hors de la province.

[d] Comprend un nombre de journées évalué à 35,000 de l'hôpital des anciens combattants de Lancaster.

[e] À l'exclusion de 60 hôpitaux du Québec qui n'ont pas indiqué les journées assurées au titre du régime provincial.

[f] Comprend un nombre de journées évalué à 5,694 à l'hôpital indien Lady Willingdon.

[g] Comprend un nombre de jours évalué à 59,734 à l'hôpital des anciens combattants de Deer Lodge.

SOURCE: Rapport annuel du ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, en vertu de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques, Ottawa, Imprimeur de la Reine, le 31 mars 1963, tableau A-1.

TABLEAU 10-4 REPARTITION EN POURCENTAGE DES JOURS D'HOSPITALISATION, ADULTES ET ENFANTS, SELON LA SOURCE DU PAIEMENT, PAR PROVINCE, 1961

Province	Régime provincial	Résidents assurés qui ne sont pas pris en charge par le régime provincial	Résidents non assurés de la province	Non-résidents de la province	Accidents du travail	Gouvernement fédéral	Journées non réparties[a]	Total des journées d'hospitalisation	Nombre d'hôpitaux répondants
Terre-Neuve	92.0	3.5	—	0.6	1.8	2.1	—	100.0	42
Île-du-Prince-Édouard	89.2	2.2	2.5	2.0	1.0	3.1	—	100.0	9
Nouvelle-Écosse	89.1	0.2	0.2	1.4	1.5	7.6	—	100.0	48
Nouveau-Brunswick[b]	86.9	—	—	3.3	1.9	7.9	—	100.0	40
Québec[c]	85.5	0.2	0.1	0.9	1.2	6.6	5.4	100.0	282
Ontario[d]	88.5	0.2	2.0	1.2	1.8	5.4	0.9	100.0	331
Manitoba[e]	86.9	1.6	0.1	3.1	1.2	7.1	—	100.0	100
Saskatchewan	93.8	—	0.9	1.6	1.3	2.4	—	100.0	160
Alberta[f]	91.5	0.1	0.1	1.7	1.7	4.9	—	100.0	162
Colombie-Britannique	83.4	1.4	0.3	0.8	2.3	11.8	—	100.0	108
Yukon	82.9	0.7	—	8.6	4.0	3.8	—	100.0	3
Territoires du Nord-Ouest	65.2	0.7	0.2	6.2	2.1	25.6	—	100.0	22
CANADA	87.8	0.4	0.9	1.3	1.6	6.3	1.7	100.0	1,307

[a] Pas de renseignements sur la répartition selon la source du paiement.

[b] Comprend un nombre de journées évalué à 35,000 pour le régime provincial, à 85,000 pour le gouvernement fédéral et à 1,598 pour les accidents de travail à l'hôpital des anciens combattants de Lancaster. Le chiffre négatif pour les résidents non assurés représente l'ajustement pour l'année précédente.

[c] 12 hôpitaux n'ont pas fourni de rapport. Sur les 283 hôpitaux qui ont fourni un rapport, 48 n'ont pas fourni la répartition des journées d'hospitalisation selon la source du paiement.

[d] Comprend un nombre de journées estimé à 5,694 pour le régime provincial, à 919 pour le gouvernement fédéral, à 413 pour les journées de résidents non assurés et à 22 pour les journées de non-résidents à l'hôpital indien Lady Willingdon. Les journées non réparties représentent les journées de maison de repos non prises en charge par le régime provincial.

[e] Comprend un nombre de journées évalué à 59,734 pour les journées du régime provincial, et 122,273 pour les journées à la charge du gouvernement fédéral à l'hôpital des anciens combattants de Deer Lodge.

[f] Comprend 382,747 journées de maison de repos prises en charge par le régime provincial. Les rapports n'indiquent pas d'autres journées de maison de repos.

SOURCE: Rapport annuel du ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, en vertu de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques, Ottawa, Imprimeur de la Reine, mars 1963, tableau A-2, pp. 72 et 73.

TABLEAU 10-5 TOTAL DES JOURNÉES D'HOSPITALISATION PENDANT L'ANNÉE, ADMISSIONS PENDANT L'ANNÉE ET LITS DRESSÉS AU 31 DÉCEMBRE, PAR MILLIER D'HABITANTS, ADULTES ET ENFANTS, DANS LES HÔPITAUX ÉNUMÉRÉS AUX ACCORDS SUR L'ASSURANCE-HOSPITALISATION, PAR PROVINCE, 1961

Province	Taux pour 1,000 habitants		
	Journées d'hospitalisation durant l'année	Admissions durant l'année	Lits et berceaux dressés au 31 décembre
Terre-Neuve	1,275.0	111.2	4.3
Île-du-Prince-Édouard	1,604.6	155.1	6.2
Nouvelle-Écosse	1,600.4	148.3	5.6
Nouveau-Brunswick	1,878.3	174.5	6.2
Québec	1,795.2	138.0	6.1
Ontario	2,017.7	152.3	6.6
Manitoba	2,015.5	179.6	7.3
Saskatchewan	2,301.6	215.6	8.2
Alberta	2,414.6	196.4	8.5
Colombie-Britannique	1,992.5	175.4	6.6
Yukon	2,050.4	238.6	10.7
Territoires du Nord-Ouest	1,826.2	198.0	14.2
CANADA	1,951.9	157.7	6.6

SOURCE: *Rapport annuel* du ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, en vertu de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques, Ottawa, Imprimeur de la Reine, mars 1963, tableau 4, p. 35.

RÉSUMÉ ET CONCLUSION

Dans le présent chapitre, nous avons retracé les progrès de l'assurance-maladie à partir de ses débuts sporadiques. Nous avons parlé des régimes de retenue à la source des houillères de la Nouvelle-Écosse et des mines de l'Ontario et de la Colombie-Britannique, puis des régimes d'assurance institués par les hôpitaux, et finalement des régimes complets d'hospitalisation établis de nos jours par les pouvoirs publics au bénéfice de toute la population.

Comme exemples d'assurance-maladie privée, nous avons cité la Croix-Bleue qui a fait œuvre de pionnier en Alberta et qui, au cours des années de guerre, a gagné beaucoup d'adhérents au Manitoba, au Québec, dans les provinces Maritimes et en Colombie-Britannique. En Ontario, la Croix-Bleue, qui s'était concentrée surtout sur les groupements industriels et commerciaux, comptait 39 p. 100 de la population dans son régime en 1958. Parmi les autres régimes d'assurance privée figuraient les régimes de soins

médicaux institués par des médecins: les *Associated Medical Services* de Toronto, les *Medical Services* (régime complet) de Windsor et les *Medical Services* de Regina. La Colombie-Britannique s'était signalée en adoptant un régime provincial en 1940. Il a aussi été question des coopératives médicales, c'est-à-dire des régimes institués par des consommateurs.

Nous avons aussi mentionné l'assurance commerciale (assurance-vie et assurances générales), qui diffère beaucoup des régimes institués par la profession sous une foule de rapports: avantages, indemnités, services, limitation des risques, grandes dépenses médicales, personnalisation des primes, stages, renonciations et droits d'annulation de l'assureur.

Nous avons fait l'historique de l'assurance-maladie publique ou gouvernementale, province par province. Les services de médecin municipal, très répandus en Saskatchewan, ont aussi été établis au Manitoba et en Alberta afin d'amener les médecins à s'installer dans les régions rurales. La Colombie-Britannique a institué une commission royale d'enquête sur l'assurance-maladie dès 1929; l'Alberta a adopté trois lois sur l'assurance médicale; sur la demande expresse de l'Association des municipalités urbaines, de l'Association des municipalités rurales et, enfin, de l'Association médicale canadienne elle-même, la Saskatchewan a instiuté un comité de la sécurité sociale et des services de santé qui a recommandé, en 1943, l'établissement d'un régime d'assurance-maladie. En 1945, le Manitoba a adopté une loi sur les services de santé. En ce qui concerne la scène fédérale, nous avons examiné les différents faits qui ont amené la recommandation du Comité (Haegerty) de la sécurité sociale qui a approuvé, en 1943, les principes généraux de l'assurance-maladie contenus dans un bill sur l'assurance-maladie relatif à la santé publique, à l'assurance-maladie, à la prévention de la maladie et à d'autres sujets connexes. Enfin, nous avons présenté une description du Programme de subventions nationales à la santé institué en 1948.

Nous avons également étudié les régimes publics d'assurance-maladie, province par province, en faisant ressortir les premiers régimes institués, soit en Colombie-Britannique et en Saskatchewan, ainsi qu'en Alberta et à Terre-Neuve. Lors de la conférence fédérale-provinciale de 1955, on a examiné la question importante de l'assurance-hospitalisation, ce qui a entraîné l'adoption, en 1957, de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques, percée importante dans le domaine de la législation fédérale-provinciale en matière de santé; en 1961, chacune des dix provinces dirigeait un régime établi aux termes de la Loi. Nous avons donné un exposé des dispositions administratives et fiscales adoptées et nous avons donné le nombre d'assurés et les volumes des soins dispensés.

Il est notoire que l'assurance privée contre la maladie ou les accidents a contribué à sauvegarder la santé d'un nombre de plus en plus grand de Canadiens, surtout pendant la période qui a suivi la Seconde Guerre mondiale, et que, jusqu'ici, les Canadiens ont bénéficié en général d'un niveau relativement élevé de soins médicaux. En ce qui concerne les soins hospitaliers d'ordre général, le Canada jouit maintenant d'un régime presque universel (99 p. 100 de la population), grâce au «fédéralisme coopératif» qui permet

aux provinces d'adapter à leurs besoins l'application du régime. Toutefois, cela ne signifie pas que les services de santé soient dispensés de façon universelle ou complète. La moitié de notre population ne jouit pas encore d'un régime d'assurance médicale convenable. En outre, les soins médicaux et hospitaliers, qui sont surtout d'ordre curatif, et les services de diagnostiques ne représentent qu'une partie de l'ensemble des services de santé.

Trois provinces ont pris des initiatives dans le secteur public. La Saskatchewan a établi un régime tous risques obligatoire qui a soulevé beaucoup de protestations de la part du corps médical. L'Alberta et l'Ontario ont adopté des lois prévoyant fondamentalement la libre couverture de certains services médicaux, ainsi que l'octroi de subventions à certaines catégories de citoyens afin de leur aider à payer leurs primes. Toutefois, les restrictions que comportent les régimes de l'Alberta et de l'Ontario et les difficultés rencontrées en Saskatchewan font ressortir certains problèmes que se posent lorsque la planification d'ordre sanitaire est confiée à l'initiative privée et qu'elle dépend des ressources financières de chaque province. Il devient évident qu'on doit rechercher une formule à l'échelle nationale qui permettra aux gouvernements fédéral et provinciaux de s'entendre sur l'établissement de régimes qui assureront la fourniture et la distribution des ressources nécessaires à l'adoption du meilleur régime possible de soins de santé, régime qui assurera des services de prévention, de diagnostic, de cure et de réadaptation à tous les Canadiens, indépendamment de leur âge, de leur revenu et de leur état de santé. Le problème est étudié au chapitre 18.

11

Coût des services de santé

DOSSIER DES DÉPENSES DE SANTÉ

Nous avons précisé au chapitre 3 ce que nous entendons par services de santé et nous avons établi nos prévisions budgétaires en nous fondant sur le calcul du montant d'argent que les Canadiens consacrent à leur santé. Nous avons surtout cherché à déterminer ce qu'il en coûte aux Canadiens pour prendre soin de leur santé personnelle, effectuer des recherches concernant la santé, instruire le personnel requis et fournir les fonds nécessaires pour maintenir cette activité.

Nous avons divisé les soins de la santé personnelle en deux catégories: le coût des services rendus aux particuliers (peu importe que le coût en soit payé par chacun ou par la collectivité) et les services de santé publique. Les services rendus aux particuliers comprennent les services des médecins, des dentistes et des hôpitaux, les frais d'administration des régimes d'assurance publics et privés, les ordonnances et un groupe de «services divers» qui embrassent les services rendus par les infirmières en dehors des hôpitaux et par les infirmières pratiquant à titre privé dans les hôpitaux, les chiropraticiens, les ostéopathes et les optométristes ainsi que le coût des appareils de prothèse et des aide-ouie. Le coût des dentiers est compris dans les services des dentistes et celui des lunettes, dans ceux des optométristes. Les services de santé publique comprennent les services assurés par les organismes publics, c'est-à-dire la planification et l'organisation de la santé, la salubrité publique et la lutte contre les maladies infectieuses, mais ils excluent autant que possible, les services de diagnostic et de traitement. La recherche dans le domaine de la santé comprend la recherche médicale, dentaire, infirmière et autre de même ordre; elle comprend aussi le coût de la recherche sur la mise au point des médicaments contrôlés. La formation du personnel de la santé comprend les carrières médicales, dentaires et infirmières[1].

Description des dépenses relatives à la santé

Nous reconnaissons que, en concentrant notre attention sur les soins de la santé personnelle, nous avons exclu certaines dépenses, telles que le lait donné dans les écoles et les spécialités pharmaceutiques qui peuvent influer

[1] On estime que la formation de ces trois groupes représente environ 90 p. 100 du coût total de la formation du personnel de la santé.

sur la santé, et nous avons inclus des dépenses telles que les soins accordés dans les institutions pour arriérés mentaux ou vieillards séniles, dépenses qui pourraient se classer en partie au chapitre de l'enseignement ou du bien-être social. De tels problèmes sont inhérents à toutes les méthodes de classement. La définition que nous avons retenue embrasse les services qu'on nous a généralement fournis au cours des audiences comme faisant partie intégrante des soins de la santé personnelle et qui sont depuis toujours reconnus comme tels, ou qui, dans le cas des services nouveaux, sont admis comme tels par les professions qui s'occupent de la santé.

Nous n'avons pu établir une prévision des sommes consacrées à certains petits secteurs de services de santé particuliers. Dans ce cas, les dépenses en cause sont comprises dans un groupe plus considérable appelé «services divers». Nous n'avons inscrit aucune prévision de la valeur des soins donnés gratuitement ou à un tarif inférieur au tarif provincial par les médecins, les dentistes ou d'autres praticiens s'occupant de la santé. En fait, à cause des difficultés que pose l'établissement de chiffres sûrs et significatifs, les prévisions des dépenses ne remontent qu'à 1945 pour les ordonnances médicales, à 1947 pour les services de santé publique et à quelques années seulement pour l'enseignement et la recherche. Toutes les prévisions sont sujettes à une certaine marge d'erreur qui augmente à mesure qu'on remonte dans le passé. Nous sommes confiants, cependant, que les chiffres comprennent toutes les dépenses importantes et que la marge d'erreur n'est pas telle qu'elle nous empêche de montrer l'augmentation des soins médicaux que reçoit le Canadien et l'évolution des dépenses durant la dernière génération.

Il est bien entendu que les dépenses en services de santé n'équivalent pas du tout aux dépenses qu'entraîne la maladie ou la mort. Le coût des services et des installations concernant la santé ne vaut pas plus que la valeur marchande des ressources affectées à la prévention, au diagnostic et au traitement de la maladie ou à la réadaptation de l'invalide. Le coût de la maladie comprend aussi la perte de production par suite de mortalité prématurée et d'invalidité de longue durée, ainsi que les peines et les souffrances des malades qu'on ne peut apprécier en fonction d'argent. Nous examinerons ces coûts au chapitre 12 du présent rapport. Nous nous occupons ici de déterminer le coût des services de soins de santé personnels depuis une génération, ainsi que les facteurs importants qui ont influé sur le niveau et la composition des dépenses consacrées à l'ensemble des services de santé et aux services de santé personnels. A cette fin, nous étudions d'abord l'importance des services de santé dans l'ensemble du contexte canadien des dépenses; nous examinons ensuite l'évolution des dépenses de services de santé personnels.

Augmentation des dépenses de santé

Au cours des trente-cinq ans répartis entre les périodes prospères des années 1925 à 1961, les Canadiens ont presque décuplé leurs dépenses de services de santé personnels. Comme le montrent le tableau 11-1 et le

graphique A, les dépenses, sans compter les ordonnances, sont passées de 166 millions en 1926 à 1,612 millions en 1961; en incluant les ordonnances, on constate que les dépenses sont passées d'environ 175 millions en 1926 à 1,724 millions en 1961. De même, comme l'indiquent les tableaux 11-4 et 11-6, les dépenses de services de santé publique ont progressé de 21 millions en 1947 à 105 millions en 1961, si bien que le coût total des soins de santé personnels au commencement de la décennie 1960 atteignait 1,829 millions. Le tableau 11-7 fait voir que, si l'on tient compte des immobilisations, de la recherche et du coût de l'instruction du personnel de santé, les Canadiens ont consacré 2,019 millions au domaine de la santé en 1961[1].

Quels sont les facteurs qui ont déterminé cette augmentation des dépenses de soins de santé? Quelles sont les forces de la demande et de l'offre qui ont causé une si forte augmentation de l'ensemble des dépenses? Pour répondre à ces questions, il faut d'abord examiner comment ont évolué les dépenses affectées à d'autres biens et services, puis indiquer l'importance des services de santé dans le régime de la consommation totale de la nation ainsi que la nature de la production totale, et voir si la tendance des dépenses dans le domaine de la santé diffère beaucoup de celle des dépenses consacrées aux autres biens et services. Il faut ensuite examiner l'importance de l'accroissement de la population, de la consommation par habitant et des prix des services de santé, puisque ce sont ces éléments qui déterminent en grande partie le niveau de la dépense. Nous cherchons dans les sections qui suivent à répondre à ces questions, et à définir l'importance des divers facteurs que nous avons mentionnés.

Dépenses de santé et dépense nationale brute

Même si les dépenses de santé sont sans doute considérables par rapport à tous les biens et les services que les particuliers et les ménages achètent (dépense personnelle totale en biens et en services de consommation) ou à l'ensemble des biens et des services produits au Canada (Dépense nationale brute ou D.N.B.), les dépenses de soins de santé demeurent faibles. Sans les ordonnances, les dépenses de santé personnelles, comme le montre le tableau 11-1, ont augmenté de 3.2 p. 100 de la D.N.B. et 4.7 p. 100 de la dépense personnelle totale en 1926 à 4.3 et 6.5 p. 100 respectivement en 1961. Durant la majeure partie de la période, cependant, les pourcentages ont avoisiné 3.0 et 4.5 p. 100. Si l'on inclut les ordonnances et les services de santé publique dans le coût des services de santé, on voit au tableau 11-6 que les dépenses totales durant l'après-guerre ont été inférieures à 4 p. 100 de la D.N.B. jusqu'en 1958, et sont ensuite demeurées en bas de 5 p. 100. Bref, à mesure que leurs revenus ont continué d'augmenter, les Canadiens ont acheté non seulement plus de services de santé, mais également davantage de la plupart des autres biens et services.

[1] La dépense totale a atteint 2,322 millions, si l'on y inclut les médicaments et les produits pharmaceutiques vendus librement.

TABLEAU 11-1 DÉPENSES DE SERVICES DE SANTÉ PERSONNELS SELON LE GENRE DE DÉPENSE ET LE POURCENTAGE DE LA DÉPENSE NATIONALE BRUTE (D.N.B.) ET DES DÉPENSES PERSONNELLES CONSACRÉES AUX SERVICES DE SANTÉ PERSONNELS, CANADA, 1926-1961

Année	Services médicaux	Services dentaires	Services hospitaliers	Services divers	Frais d'administration de l'assurance-maladie	Tous les services	Pourcentage de la dépense personnelle totale	Pourcentage de la D.N.B.	Ordonnances	Dépenses totales	Pourcentage de la dépense personnelle totale	Pourcentage de la D.N.B.
	(millions de dollars)								(millions de dollars)			
1926	64.6	19.5	52.0	27.0	3.1	166.2	4.67	3.23				
1927	69.2	20.8	54.0	27.0	3.4	174.4	4.47	3.14				
1928	74.1	22.3	56.0	31.0	3.5	186.9	4.32	3.09				
1929	77.5	23.3	57.0	32.0	3.4	193.2	4.17	3.15				
1930	71.1	21.4	58.0	28.0	3.5	182.0	4.16	3.18				
1931	63.6	19.1	58.0	26.0	2.9	169.6	4.47	3.61				
1932	45.9	13.8	55.0	19.0	2.3	136.0	4.24	3.55				
1933	37.9	11.4	55.3	17.0	2.4	124.0	4.14	3.53				
1934	36.7	11.1	61.3	16.0	2.6	127.7	4.00	3.21				
1935	43.8	13.2	68.1	19.0	2.8	146.9	4.38	3.40				
1936	44.5	13.4	75.5	20.0	3.2	156.6	4.39	3.37				
1937	50.1	15.1	76.0	21.0	3.6	165.8	4.25	3.15				
1938	54.8	16.7	81.4	21.0	3.9	177.8	4.54	3.37				
1939	57.1	17.6	79.3	19.0	4.1	177.1	4.42	3.14				
1940	62.8	19.0	89.7	23.0	4.3	198.8	4.41	2.95				
1941	66.7	21.9	89.2	24.0	4.9	206.7	4.03	2.48				
1942	68.9	21.2	93.1	24.0	5.5	212.7	3.84	2.06				
1943	68.6	23.1	102.2	22.0	5.4	221.3	3.79	2.00				
1944	66.0	25.5	115.3	23.0	7.5	237.3	3.76	2.00				
1945	76.2	29.5	129.5	25.0	9.5	269.7	3.85	2.28	23.2	292.9	4.18	2.47

NOTES: 1. Les services médicaux comprennent tous les services rendus par les médecins pratiquant à titre privé ainsi que les services de santé personnels rendus par les médecins salariés du secteur public ou privé. Les services médicaux personnels rendus par les médecins salariés des hôpitaux sont compris dans les dépenses des services hospitaliers. Est aussi inclus le coût des médicaments vendus par les médecins.

2. Les services dentaires comprennent tous les services rendus par les dentistes pratiquant à titre privé ainsi que les services de santé personnels rendus par les médecins salariés.

3. Les services hospitaliers comprennent tous les services rendus dans les hôpitaux publics et privés, dans les hôpitaux de maladies aiguës et chroniques, de convalescence, de maladies mentales, ainsi que dans les sanatoriums de tuberculeux. Sont exclus les services rendus dans les hôpitaux du ministère de la Défense nationale. Sont comprises les dépenses de médicaments fournis par les hôpitaux. Il s'agit des dépenses brutes de fonctionnement de tous les hôpitaux.

4. Les services divers comprennent les services rendus par les infirmières exerçant à titre privé et par les infirmières employées hors des hôpitaux dans le secteur privé, par les chiropraticiens et par les ostéopathes, puis le coût des appareils.

TABLEAU 11-1 DÉPENSES DE SERVICES DE SANTÉ PERSONNELS SELON LE GENRE DE DÉPENSE ET LE POURCENTAGE DE LA DÉPENSE NATIONALE BRUTE (D.N.B.) ET DES DÉPENSES PERSONNELLES CONSACRÉES AUX SERVICES DE SANTÉ PERSONNELS, CANADA, 1926-1961—*Fin*

Année	Services médicaux	Services dentaires	Services hospitaliers	Services divers	Frais d'administration de l'assurance-maladie	Tous les services	Pourcentage de la dépense personnelle totale	Pourcentage de la D.N.B.	Ordonnances	Dépenses totales	Pourcentage de la dépense personnelle totale	Pourcentage de la D.N.B.
	(millions de dollars)								(millions de dollars)			
1946	86.7	36.3	150.7	28.0	12.6	314.3	3.89	2.65	26.8	341.1	4.22	2.88
1947	91.0	38.8	186.7	34.0	15.2	365.7	4.00	2.78	28.9	394.6	4.31	3.00
1948	101.4	40.0	215.0	36.0	18.0	410.4	4.04	2.71	32.4	442.4	4.36	2.93
1949	117.0	43.0	247.1	37.5	20.3	464.9	4.23	2.84	34.6	499.5	4.54	3.06
1950	135.0	46.5	283.3	39.5	23.0	527.3	4.35	2.93	37.8	565.1	4.66	3.14
1951	153.0	51.0	326.4	41.5	25.1	597.0	4.40	2.82	42.9	639.9	4.72	3.02
1952	168.0	56.0	356.5	43.0	28.9	652.4	4.39	2.72	46.2	698.6	4.70	2.91
1953	176.6	60.5	404.0	45.0	32.1	718.2	4.58	2.87	48.8	767.0	4.84	3.07
1954	188.6	66.4	446.8	50.0	35.7	787.5	4.84	3.17	52.1	839.6	5.16	3.38
1955	206.5	68.6	480.0	55.0	39.8	849.9	4.86	3.13	59.5	909.4	5.19	3.35
1956	240.1	81.5	529.8	65.0	40.1	956.5	5.05	3.13	71.8	1,028.3	5.43	3.36
1957	269.2	87.3	586.7	70.0	44.9	1,058.1	5.24	3.31	84.5	1,142.6	5.66	3.58
1958	295.5	98.1	640.1	85.0	50.4	1,169.1	5.48	3.55	90.3	1,259.4	5.88	3.83
1959	326.8	100.1	734.1	95.0	63.1	1,319.1	5.81	3.78	100.5	1,419.6	6.28	4.07
1960	354.5	112.4	826.7	105.0	65.8	1,464.4	6.20	4.04	107.5	1,571.7	6.65	4.34
1961	383.2	118.8	923.8	115.0	71.6	1,612.4	6.55	4.31	111.5	1,723.9	7.00	4.61

5. Les frais d'administration de l'assurance-maladie comprennent les frais d'administration des régimes publics et privés d'assurance hospitalière et médicale. Ils n'incluent pas les frais administratifs occasionnés par les accidents et l'assurance-maladie, mais comprennent pourtant les remises de primes, les dividendes accordés aux détenteurs de polices, les augmentations des réserves de primes non acquises, et les primes payées par anticipation.
6. Les dépenses personnelles comprennent les dépenses individuelles en biens et en services de consommation selon la définition des Comptes nationaux, ainsi que le coût des soins hospitaliers payés par les gouvernements pour le compte des personnes hospitalisées dans les hôpitaux de maladies mentales, les sanatoriums de tuberculeux et les hôpitaux fédéraux; elles comprennent aussi les frais d'administration des programmes d'assurance-santé publique.
7. Les ordonnances comprennent tous les produits pharmaceutiques prescrits par le médecin et achetés dans les établissements de détail; sont exclus les médicaments prescrits dans les hôpitaux, les institutions autres que les hôpitaux, *e.g.*, les foyers de vieillards.

SOURCE: J. J. Madden, *L'économique de la santé*, étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964; ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, *Dépenses en soins de santé personnels au Canada*, 1953-1961, Ottawa, mars 1963; Bureau fédéral de la statistique, *Comptes nationaux, revenus et dépenses*, 1926-1961, ainsi que des données non publiées.

TABLEAU 11-2 DÉPENSES DE SERVICES DE SANTÉ PERSONNELS PAR HABITANT, SELON LEUR CATÉGORIE, ET POURCENTAGE DE LA DÉPENSE NATIONALE BRUTE, CANADA, 1926-1961

Année	Services médicaux	Services dentaires	Services hospitaliers	Services divers	Frais d'administration de l'assurance-maladie	Tous les services*	Pourcentage de la D.N.B. par habitant	Ordonnances	Dépenses totales	Pourcentage de la D.N.B. par habitant
	(dollars)							(dollars)		
1926	6.84	2.06	5.50	2.85	.34	17.59	3.23			
1927	7.18	2.16	5.60	2.80	.35	18.10	3.14			
1928	7.53	2.27	5.69	3.15	.36	19.00	3.09			
1929	7.73	2.32	5.68	3.19	.34	19.26	3.15			
1930	6.97	2.10	5.68	2.74	.34	17.83	3.18			
1931	6.13	1.84	5.59	2.51	.28	16.35	3.61			
1932	4.37	1.31	5.23	1.81	.22	12.94	3.55			
1933	3.56	1.07	5.20	1.60	.23	11.66	3.53			
1934	3.42	1.03	5.71	1.49	.24	11.89	3.21			
1935	4.04	1.22	6.28	1.75	.26	13.55	3.40			
1936	4.06	1.22	6.89	1.83	.29	14.30	3.37			
1937	4.54	1.37	6.88	1.90	.33	15.01	3.15			
1938	4.91	1.50	7.30	1.88	.35	15.94	3.37			
1939	5.07	1.56	7.04	1.69	.36	15.72	3.14			
1940	5.52	1.67	7.88	2.02	.38	17.47	2.95			
1941	5.80	1.90	7.75	2.09	.43	17.96	2.48			
1942	5.91	1.82	7.99	2.06	.47	18.25	2.06			
1943	5.82	1.96	8.66	1.87	.46	18.76	2.00			
1944	5.52	2.13	9.65	1.93	.63	19.86	2.00			
1945	6.31	2.44	10.73	2.07	.79	22.34	2.28	1.92	24.26	2.47
1946	7.05	2.95	12.26	2.28	1.03	25.57	2.65	2.18	27.75	2.88
1947	7.25	3.09	14.88	2.71	1.21	29.14	2.78	2.30	31.44	3.00
1948	7.91	3.12	16.77	2.81	1.40	32.00	2.71	2.53	34.50	2.93
1949	8.70	3.20	18.38	2.79	1.51	34.57	2.84	2.57	37.15	3.06
1950	9.85	3.39	20.66	2.88	1.68	38.46	2.93	2.76	41.21	3.14
1951	10.92	3.64	23.30	2.96	1.79	42.62	2.82	3.06	45.68	3.02
1952	11.62	3.87	24.66	2.97	2.00	45.12	2.72	3.20	48.32	2.91
1953	11.90	4.08	27.21	3.03	2.16	48.38	2.87	3.29	51.67	3.07
1954	12.34	4.34	29.23	3.27	2.34	51.51	3.17	3.41	54.92	3.38
1955	13.15	4.37	30.58	3.50	2.54	54.14	3.13	3.79	57.93	3.35
1956	14.93	5.07	32.95	4.04	2.49	59.48	3.13	4.46	63.94	3.36
1957	16.21	5.26	35.32	4.21	2.70	63.70	3.31	5.09	68.79	3.58
1958	17.30	5.74	37.48	4.98	2.95	68.45	3.55	5.29	73.74	3.83
1959	18.69	5.73	41.99	4.53	3.61	75.45	3.78	5.75	81.20	4.07
1960	19.84	6.29	46.26	5.88	3.68	81.95	4.04	6.02	87.95	4.34
1961	21.01	6.51	50.65	6.31	3.93	88.41	4.31	6.11	94.52	4.61

*Les totaux des colonnes peuvent ne pas correspondre à la somme des éléments à cause de l'arrondissement des chiffres.

SOURCE: Tableau 11-1.

TABLEAU 11-3 RÉPARTITION DES DÉPENSES DE SERVICES DE SANTÉ PERSONNELS, SELON LEUR CATÉGORIE, CANADA, 1926-1961

Année	Services médicaux	Services dentaires	Services hospitaliers	Services divers	Frais d'administration de l'assurance-maladie	Tous les services*	Tous les services	Ordonnances	Dépenses totales
	(pourcentages)						(pourcentages)		
1926	38.9	11.7	31.3	16.2	1.9	100.0			
1927	39.7	11.9	31.0	15.5	1.9	100.0			
1928	39.6	11.9	30.1	16.6	1.9	100.0			
1929	40.1	12.1	29.5	16.6	1.8	100.0			
1930	39.1	11.8	31.9	15.4	1.9	100.0			
1931	37.5	11.3	34.2	15.3	1.7	100.0			
1932	33.7	10.1	40.4	14.0	1.7	100.0			
1933	30.6	9.2	44.6	13.7	1.9	100.0			
1934	28.7	8.7	48.0	12.5	2.0	100.0			
1935	29.8	9.0	46.4	12.9	1.9	100.0			
1936	28.4	8.6	48.2	12.8	2.0	100.0			
1937	30.2	9.1	45.8	12.7	2.2	100.0			
1938	30.8	9.4	45.8	11.8	2.2	100.0			
1939	32.2	9.9	44.8	10.7	2.3	100.0			
1940	31.6	9.6	45.1	11.6	2.2	100.0			
1941	32.3	10.6	43.2	11.6	2.4	100.0			
1942	32.4	10.0	43.8	11.3	2.6	100.0			
1943	31.0	10.4	46.2	9.9	2.4	100.0			
1944	27.8	10.7	48.6	9.7	3.2	100.0			
1945	28.3	10.9	48.0	9.3	3.5	100.0	92.1	7.9	100.0
1946	27.6	11.5	47.9	8.9	4.0	100.0	92.1	7.9	100.0
1947	24.9	10.6	51.1	9.3	4.2	100.0	92.7	7.3	100.0
1948	24.7	9.8	52.3	8.8	4.4	100.0	92.7	7.3	100.0
1949	25.2	9.2	53.1	8.1	4.4	100.0	93.1	6.9	100.0
1950	25.6	8.8	53.7	7.5	4.4	100.0	93.3	6.7	100.0
1951	25.6	8.5	54.7	7.0	4.2	100.0	93.3	6.7	100.0
1952	25.7	8.6	54.7	6.6	4.4	100.0	93.4	6.6	100.0
1953	24.6	8.4	56.2	6.3	4.5	100.0	93.6	6.4	100.0
1954	23.9	8.4	56.7	6.3	4.5	100.0	93.8	6.2	100.0
1955	24.3	8.1	56.5	6.5	4.6	100.0	93.5	6.5	100.0
1956	25.1	8.5	55.4	6.8	4.2	100.0	93.0	7.0	100.0
1957	25.4	8.3	55.4	6.6	4.2	100.0	92.6	7.4	100.0
1958	25.3	8.4	54.7	7.3	4.3	100.0	92.8	7.2	100.0
1959	24.8	7.6	55.7	7.1	4.8	100.0	92.9	7.1	100.0
1960	24.2	7.7	56.4	7.2	4.5	100.0	93.2	6.8	100.0
1961	23.8	7.4	57.3	7.1	4.5	100.0	93.5	6.5	100.0

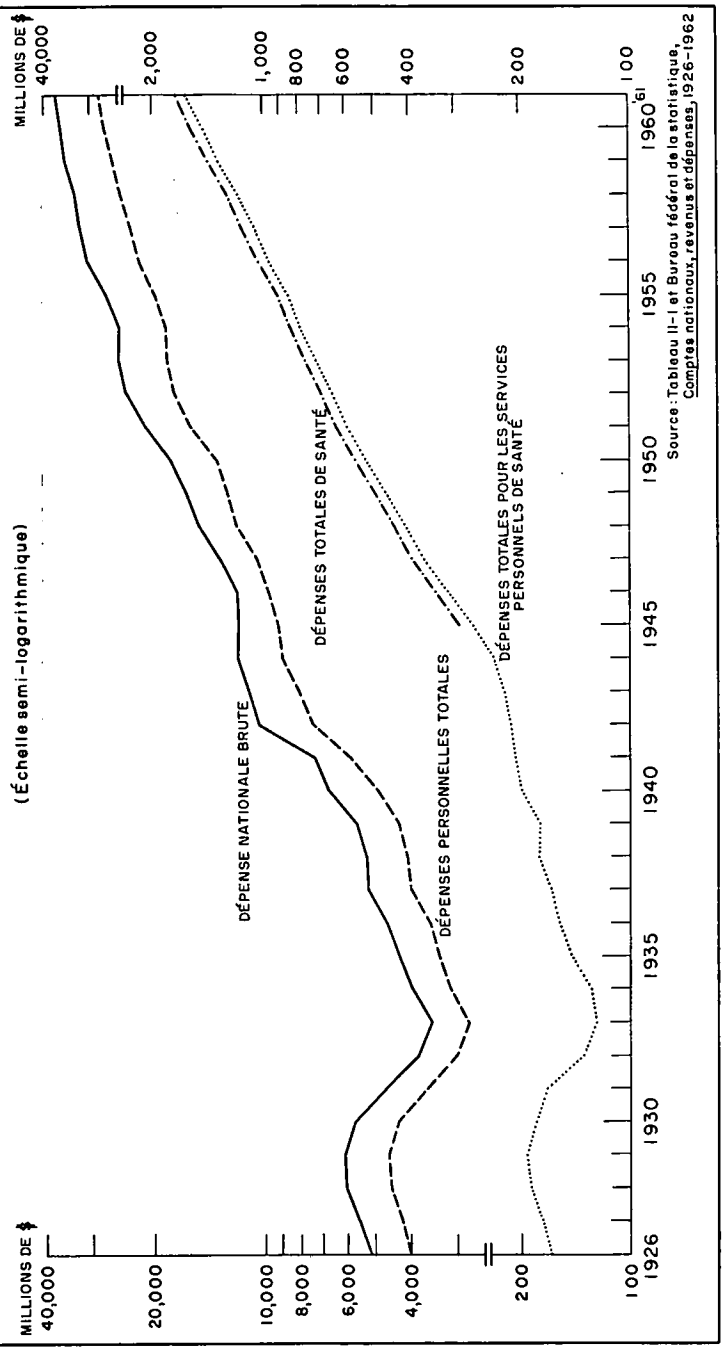
*Le total des pourcentages peut ne pas correspondre à 100 à cause de l'arrondissement des chiffres.

SOURCE: Tableau 11-1.

FIGURE - 11 A

DÉPENSES POUR LES SERVICES PERSONNELS DE SANTÉ, DÉPENSE NATIONALE BRUTE ET DÉPENSES PERSONNELLES TOTALES, 1926 – 1961

(Échelle semi-logarithmique)



Source : Tableau II-I et Bureau fédéral de la statistique, Comptes nationaux, revenus et dépenses, 1926-1962

Un examen des tendances de la croissance économique du passé révèle que les Canadiens n'ont pas hésité à épargner une proportion considérable de leurs revenus croissants. Cependant, ils n'ont pas été portés en général à en épargner une proportion croissante. Aussi les Canadiens jouissent-ils aujourd'hui d'un haut niveau moyen de consommation qui se compare favorablement à celui de la plupart des autres pays, et notre consommation réelle par habitant dépasse-t-elle de beaucoup celle de nos devanciers[1]. Certes, il y a eu des époques où la montée à long terme de la consommation réelle par habitant s'est arrêtée. Au cours du marasme des années 1930 à 1939, alors que le haut niveau du chômage et la chute significative dans l'emploi des modes de paiement réduisaient la puissance d'achat, la consommation réelle par habitant n'a guère augmenté; elle a même diminué durant les années 1930-1934. De même, au cours et au lendemain de la guerre, le rationnement, le blocage des prix et la réglementation directe de l'économie ont eu pour effet d'empêcher la montée du revenu de se traduire nécessairement par une augmentation de la consommation. Depuis 1946, le consommateur canadien est généralement libre d'acheter ce qu'il désire, n'étant limité que par l'importance de son revenu disponible grandissant; il a acquis automobiles, maisons, équipement ménager, téléviseurs, livres, disques et articles de sport, et il s'est procuré des services tels que les sports, le théâtre, les voyages à l'étranger, l'enseignement et les soins de santé en quantité sans égale encore dans notre histoire.

L'idée de «besoin» et de «demande»

L'augmentation constante de la consommation ne se rattache toutefois que bien peu au besoin de survivre, au minimum biologique nécessaire pour se garder en vie. A la vérité, elle tient de plus en plus au désir de variété et de qualité en ce qui concerne la consommation, plutôt qu'à la satisfaction accrue de besoins purement physiques. On ne cesse de créer des produits et des besoins nouveaux dans notre société et les modes de la consommation ont toujours reflété ces développements. Il n'est donc pas étonnant que les dépenses de santé aient atteint un niveau sans précédent au Canada tout en répondant dans une proportion relativement faible à toutes les dépenses de consommation[2]. La demande de services de santé plus variés et de meilleure qualité s'inscrit dans la demande d'un niveau de vie généralement plus élevé et n'a rien d'exceptionnel. Les Canadiens achètent plus de services médicaux et hospitaliers; ils s'adressent davantage aux spécialistes et utilisent des services hospitaliers de meilleure qualité. Ils conduisent aussi des voitures plus grosses et plus puissantes, habitent des logements plus grands et plus confortables, et prennent de plus en plus leur vacances à l'étranger ou dans d'autres régions du pays au lieu de rester chez eux.

---

[1] T. M. Brown, *La croissance économique du Canada,* étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964, chapitre 6.

[2] Pour une discussion des dépenses de santé comme placement sur le capital humain plutôt que dépenses de consommation, voir chapitre 12.

TABLEAU 11-4 DÉPENSE NETTE CONSACRÉE À LA SANTÉ GÉNÉRALE ET PUBLIQUE, SELON LE NIVEAU DES GOUVERNEMENTS, EN DOLLARS (1957) COURANTS ET CONSTANTS, CANADA, 1947-1961

Année	Fédéral	Provinciaux	Municipaux*	Tous les gouvernements		Pourcentage de la D.N.B.	Tous les gouvernements		Pourcentage de la D.N.B.	Dépenses municipales de salubrité publique
				Dépense totale	Dépense par habitant		Dépense totale†	Dépense par habitant		
	(millions de dollars courants)				$		(millions de dollars (1957) constants)	$		(millions de dollars courants)
1947	3	11	7	21	1.67	0.16	38	3.03	0.19	29
1948	10	12	8	30	2.34	0.20	49	3.82	0.24	35
1949	13	12	9	34	2.53	0.21	52	3.87	0.24	37
1950	16	13	9	38	2.77	0.21	55	4.01	0.24	41
1951	21	15	10	46	3.28	0.22	59	4.21	0.24	50
1952	23	17	11	51	3.53	0.21	64	4.43	0.24	53
1953	27	19	12	58	3.91	0.23	70	4.72	0.25	71
1954	30	20	12	62	4.06	0.25	71	4.64	0.27	140
1955	32	24	13	69	4.40	0.25	77	4.91	0.27	107
1956	34	24	15	73	4.54	0.24	79	4.91	0.25	130
1957	37	27	15	79	4.76	0.25	79	4.76	0.25	130
1958	40	31	16	87	5.09	0.26	84	4.92	0.26	130
1959	43	32	18	93	5.32	0.27	86	4.92	0.26	147
1960	44	37	20	101	5.65	0.28	90	5.04	0.26	153
1961	44	40	21	105	5.76	0.29	91	4.99	0.26	166

* Sans la salubrité.

† Dégonflée au moyen de l'indice synthétique des prix du Bureau fédéral de la statistique quant aux dépenses courantes des gouvernements.

SOURCE: E. J. Hanson, *Les finances publiques et les services de santé*, étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964.

TABLEAU 11-5 INVESTISSEMENTS BRUTS DANS LES HÔPITAUX, EN DOLLARS (1957) COURANTS ET CONSTANTS, CANADA, 1945-1963*

Année	Constructions	Machines	Dépenses totales	Dépenses par habitant	Pourcentage de la D.N.B.	Dépenses totales	Dépenses par habitant	Pourcentage de la D.N.B.
	(millions de dollars courants)			$		(millions de dollars (1957) constants)	$	
1945	18.9	3.4	22.3	1.85	0.19	44.7	3.70	0.22
1946	23.8	4.5	28.3	2.30	0.24	56.5	4.60	0.28
1947	27.0	6.1	33.1	2.64	0.25	56.7	4.52	0.28
1948	44.0	11.6	55.6	4.34	0.37	85.4	6.66	0.41
1949	61.3	10.1	71.4	5.31	0.44	103.4	7.69	0.48
1950	62.3	10.7	73.0	5.32	0.40	100.8	7.35	0.44
1951	65.5	13.4	78.9	5.63	0.37	97.1	6.93	0.40
1952	81.4	11.9	93.3	6.45	0.39	106.1	7.34	0.40
1953	103.1	15.2	118.3	7.97	0.47	131.9	8.89	0.48
1954	106.3	15.2	121.5	7.95	0.49	133.0	8.70	0.50
1955	129.9	16.2	146.1	9.31	0.54	158.1	10.07	0.54
1956	109.9	18.8	128.7	8.00	0.42	132.7	8.25	0.42
1957	111.6	19.0	130.6	7.86	0.41	130.6	7.86	0.41
1958	136.2	25.4	161.6	9.46	0.49	158.0	9.25	0.49
1959	128.2	23.7	151.9	8.69	0.44	144.4	8.26	0.43
1960	125.3	30.7	156.0	8.73	0.43	145.2	8.13	0.43
1961	146.6	31.2	177.8	9.75	0.47	163.9	8.98	0.47
1962†	152.2	28.6	180.8	9.74	0.45	—	—	—
1963‡	176.9	36.1	213.0	11.22	—	—	—	—

* Les dépenses d'entretien et de renouvellement sont comprises dans les dépenses pour hôpitaux.
† Chiffres provisoires.
‡ Prévisions.

SOURCE: J. J. Madden, *L'économique de la santé*, étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964.

TABLEAU 11-6 DÉPENSE TOTALE DANS TOUS LES SERVICES DE SANTÉ ET DANS LES INVESTISSEMENTS HOSPITALIERS, CANADA, 1947-1961

Année	Services de santé personnels*	Services de santé généraux et publics	Toutes les dépenses de santé	Pourcentage de la D.N.B.	Investissements hospitaliers	Toutes les dépenses	Dépenses totales par habitant	Pourcentage de la D.N.B.
	(millions de dollars)				(millions de dollars)		$	
1947	394.6	21.0	415.6	3.16	33.1	448.7	35.75	3.41
1948	442.4	30.0	472.4	3.12	55.6	528.0	41.18	3.49
1949	499.5	34.0	533.5	3.26	71.4	604.9	44.98	3.70
1950	565.1	38.0	603.1	3.35	73.0	676.1	49.31	3.75
1951	639.9	46.0	685.9	3.24	78.9	764.8	54.59	3.61
1952	698.6	51.0	749.6	3.12	93.3	842.9	58.30	3.51
1953	767.0	58.0	825.0	3.30	118.3	943.3	63.54	3.77
1954	839.6	62.0	901.6	3.63	121.5	1,023.1	66.93	4.11
1955	909.4	69.0	978.4	3.61	146.1	1,124.5	71.63	4.14
1956	1,028.3	73.0	1,101.3	3.60	128.7	1,230.0	76.48	4.02
1957	1,142.6	79.0	1,221.6	3.83	130.6	1,352.2	81.41	4.24
1958	1,259.4	87.0	1,346.4	4.09	161.6	1,508.0	88.29	4.58
1959	1,419.6	93.0	1,512.6	4.33	151.9	1,664.5	95.21	4.77
1960	1,571.7	101.0	1,672.7	4.61	156.0	1,828.7	102.33	5.04
1961	1,723.9	105.0	1,828.9	4.89	177.8	2,006.7	110.01	5.36

* Y compris les ordonnances.
SOURCE: Tableaux 9-1, 9-4 et 9-5.

Cependant, la demande de services de santé dépend de l'existence de certains éléments de base, de la conscience de besoins, de la conviction que les services de santé répondront à ces besoins, et de la faculté de transformer ces besoins en demandes par l'achat de soins de santé. Nous avons déjà mentionné l'augmentation de la longévité, la conviction grandissante que la maladie et l'invalidité ne doivent pas nécessairement se traduire par la perte d'un enfant ou d'un parent avant l'expiration de la durée biblique de la vie humaine, ou encore par l'invalidité permanente des vieillards. L'accroissement de l'urbanisation, l'amélioration des transports, l'instruction moyenne plus poussée, et la diffusion du savoir ont rendu les gens conscients des avantages à tirer des soins médicaux et hospitaliers ou des médicaments, tandis que les progrès scientifiques et techniques—qui ont apporté aux

TABLEAU 11-7 DÉPENSE TOTALE APPROXIMATIVE EN SERVICES DE SANTÉ PERSONNELS, EN INVESTISSEMENTS HOSPITALIERS, EN RECHERCHES ET ENSEIGNEMENT, CANADA, 1961

Année	Fonctionnement des services de santé		Fonctionnement des services hospitaliers		Total du fonctionnement		Services de santé publique		Investissements		Recherches*		Subventions à l'enseignement†	
	Total	Par habitant	Total	Par habitant	Total	Par habitant	Total	Par habitant	Total	Par habitant	Total	Par habitant	Total	Par habitant
	millions de $	$	millions de $	$	millions de $	$	millions de $	$	millions de $	$	millions de $	$	millions de $	$
1961	800.1	43.87	923.8	50.65	1,723.9	94.52	105.0	5.76	177.8	9.75	12.0	0.66	3.7	0.20

Année	Toutes les dépenses de santé, à l'exception des médicaments vendus librement			Dépense approximative en médicaments et produits pharmaceutiques vendus librement	Toutes les dépenses de santé, y compris les médicaments vendus librement		
	Total	Par habitant	Pourcentage de la D.N.B.		Total	Par habitant	Pourcentage de la D.N.B.
	millions de $	$		millions de $	millions de $	$	
1961	2,018.7	110.69	5.39	210.0	2,228.7	122.20	5.96

* Peuvent être comprises certaines dépenses de recherches déjà comprises dans les Services de santé publique.

† Les subventions à l'enseignement concernant la santé figurent dans les dépenses de Services de santé publique. Elles ne figurent pas dans les totaux.

SOURCE: J. J. Madden, *L'économique de la santé*, étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964; aussi, le tableau 11-6.

familles la télévision, le transport en avion à réaction et une foule d'autres biens et services inconnus avant la guerre—continuent de produire de nouveaux médicaments, de nouvelles méthodes chirurgicales, de nouvelles techniques de diagnostic, de médication et de réadaptation, qui affranchissent le consommateur des peines et des conséquences catastrophiques des maladies qu'il a ou risque d'avoir. Le recul graduel de la production domestique devant la production commerciale, comme en témoignent les aliments traités et les divertissements commerciaux, trouve son pendant dans l'industrie de la santé où la naissance, la mort et le traitement des maladies mentales ou physiques sont passés de la maison à l'hôpital et ont, partant, augmenté le besoin de services hospitaliers, tandis que le remède de famille cède le pas devant l'ordonnance du médecin, que l'on peut faire remplir à la pharmacie du quartier.

Cela ne signifie pas que le besoin de service de santé soit illimité. On ne recherche pas d'habitude les soins médicaux pour eux-mêmes; la plupart des services de santé ne sont pas particulièrement agréables; même lorsqu'ils sont défrayés par l'assurance, ils peuvent entraîner des dépenses supplémentaires au consommateur qui se traduisent par la perte de revenus ou de loisirs. L'étude des budgets familiaux montre que les dépenses en soins de santé augmentent, pour ceux dont le niveau de vie est peu élevé, à peu près au même rythme que le revenu, de sorte qu'elles forment à peu près le même pourcentage de la dépense totale à chaque niveau de revenu. Par suite du niveau de vie supérieur atteint depuis quelques années, une proportion décroissante du revenu familial est consacrée aux soins de santé à mesure que le revenu s'accroît. Ainsi, en 1959, les familles urbaines gagnant moins de $3,000 ont dépensé environ 5.5 p. 100 de leur revenu en services de santé; à chaque niveau de revenu supérieur, le pourcentage tendait à fléchir, et il n'atteignait que 3.4 p. 100 dans le cas des familles dont le revenu dépassait $10,000. D'autre part, dans un milieu où une grande proportion de la population ne bénéficie pas encore de la quantité et de la variété des services de santé assurés aux gens à revenu élevé, mais qui reconnaît le besoin de soins de santé et qui aspire à vivre comme les gens à l'aise, il existe un grand besoin insatisfait de services de santé. La transformation de ce besoin en un niveau correspondant de la demande de services de santé dépendra fondamentalement de la faculté des particuliers et des familles d'acheter des soins de santé. Et celle-ci dépendra à son tour de la croissance de leur revenu, de leur avoir financier, de l'existence de praticiens et d'installations spécialisées, ce qui influe sur le prix des services de santé et sur le désir qu'ils ont d'obtenir tous les autres biens et services qui constituent le niveau de vie en Amérique du Nord. Nous traiterons plus loin dans ce chapitre de l'influence qu'exercent la disponibilité de services de santé et du personnel nécessaire à ceux-ci. Ici, nous désirons examiner ce qu'on peut appeler la demande de services de santé.

DEMANDE DE SERVICES DE SANTÉ

Déjà nous avons étudié la croissance des revenus personnels au Canada[1] à cause de l'augmentation du revenu personnel, réparti de façon générale parmi les diverses classes de gagnant, il n'est pas étonnant dès lors que les dépenses totales en services de santé se soient sensiblement accrues. Il existe un autre facteur qui influe beaucoup sur la dépense personnelle affectée à n'importe quel secteur de la consommation. Si la nature des goûts se transforme avec l'augmentation du revenu, il se peut que la proportion du revenu total consacrée à certains biens diminue, ce qui permet à celle qui est affectée à d'autres biens d'augmenter. L'augmentation du revenu s'accompagne donc non seulement d'une augmentation de la dépense absolue consacrée à certains biens, mais aussi d'une augmentation des dépenses proportionnelles. Ces tendances des dépenses de consommation sont désignées aujourd'hui sous le nom de «loi d'Engel», d'après un statisticien Belge, Ernst Engel, qui a été l'un des premiers à observer ce phénomène. Le point le mieux connu de la loi Engel est la proposition selon laquelle, à mesure que le revenu augmente, la proportion consacrée à l'alimentation diminue pour laisser une proportion plus forte à d'autres choses, par exemple aux services. Une validation de ces rapports, qui serait faite sur une durée prolongée, attend encore une confirmation fondée sur des données suffisantes. Quoi qu'il en soit, au cours de la période que nous avons examinée, la consommation de beaucoup d'aliments et d'articles d'habillement essentiels n'a pas progressé aussi rapidement que le revenu. Voilà pourquoi le consommateur s'est trouvé à posséder un revenu disponible supplémentaire qu'il a pu consacrer aux soins de santé sans abaisser son niveau de vie en fonction des autres nécessités essentielles de la vie.

Le tableau 11-8 et le graphique B indiquent l'importance relative des dépenses en soins de santé dans l'ensemble des dépenses de consommation depuis trois décennies. Il est clair, malgré la forte augmentation des dépenses et l'importance accrue des services de santé dans le budget du consommateur moyen, que l'alimentation, l'habillement, les transports, le logement et même le tabac et l'alcool ont toujours absorbé une plus grande part du revenu du consommateur. Dans les dernières années 1920, alors que les dépenses en services de santé personnels atteignaient 185 millions, les aliments ont totalisé 1,131 millions, et le tabac et l'alcool, 226 millions. Dans les dernières années 1950, alors que les services de santé personnels étaient montés à 1,465 millions, les aliments étaient arrivés à 5,654, et le tabac et l'alcool à 1,598. En fait, même si l'ensemble des dépenses personnelles ont augmenté de 4,287 millions dans les années antérieures à la grande crise économique, à 23,641 millions au début des années 1960, la composition des dépenses de consommation est demeurée relativement stable. Hormis l'habillement et les effets personnels (baisse de 4.5

[1] Voir chapitre 4.

TABLEAU 11-8 DÉPENSE PERSONNELLE MOYENNE EN BIENS ET EN SERVICES DE CONSOMMATION, ET RÉPARTITION EN POURCENTAGE DES DÉPENSES PERSONNELLES TOTALES AU CANADA, À CERTAINES ÉPOQUES, 1927-1961

Élément	1927-1929		1937-1939		1947-1949	
	Dépense moyenne	Pourcentage des dépenses totales	Dépense moyenne	Pourcentage des dépenses totales	Dépense moyenne	Pourcentage des dépenses totales
	millions de $		millions de $		millions de $	
Alimentation	1,131	26.4	966	24.5	2,717	26.9
Tabac et alcool	226	5.3	215	5.5	830	8.2
Habillement et effets personnels	619	14.4	474	12.0	1,410	14.0
Logement	592	13.8	566	14.4	1,076	10.7
Fonctionnement du ménage	597	13.9	580	14.7	1,323	13.1
Transport	390	9.1	369	9.4	943	9.3
Services de santé personnels*	185	4.3	174	4.4	414	4.1
Médicaments, produits pharmaceutiques et autres services personnels	97	2.3	104	2.6	270	2.7
Divers	450	10.5	493	12.5	1,115	11.0
Total†	4,287	100.0	3,941	100.0	10,098	100.0
	1952-1954		1957-1959		1959-1961	
Alimentation	3,906	25.0	5,217	24.4	5,654	23.9
Tabac et alcool	1.099	7.0	1,454	6.8	1,598	6.8
Habillement et effets personnels	1,824	11.7	2,179	10.2	2,344	9.9
Logement	1,980	12.7	3,165	14.8	3,630	15.4
Fonctionnement du ménage	1,993	12.8	2,723	12.7	2,940	12.4
Transport	1,725	11.1	2,527	11.8	2,792	11.8
Services de santé personnels*	720	4.6	1,182	5.5	1,465	6.2
Médicaments, produits pharmaceutiques et autres services personnels	380	2.4	527	2.5	567	2.4
Divers	1,976	12.7	2,428	11.3	2,651	11.2
Total†	15,603	100.0	21,402	100.0	23,641	100.0

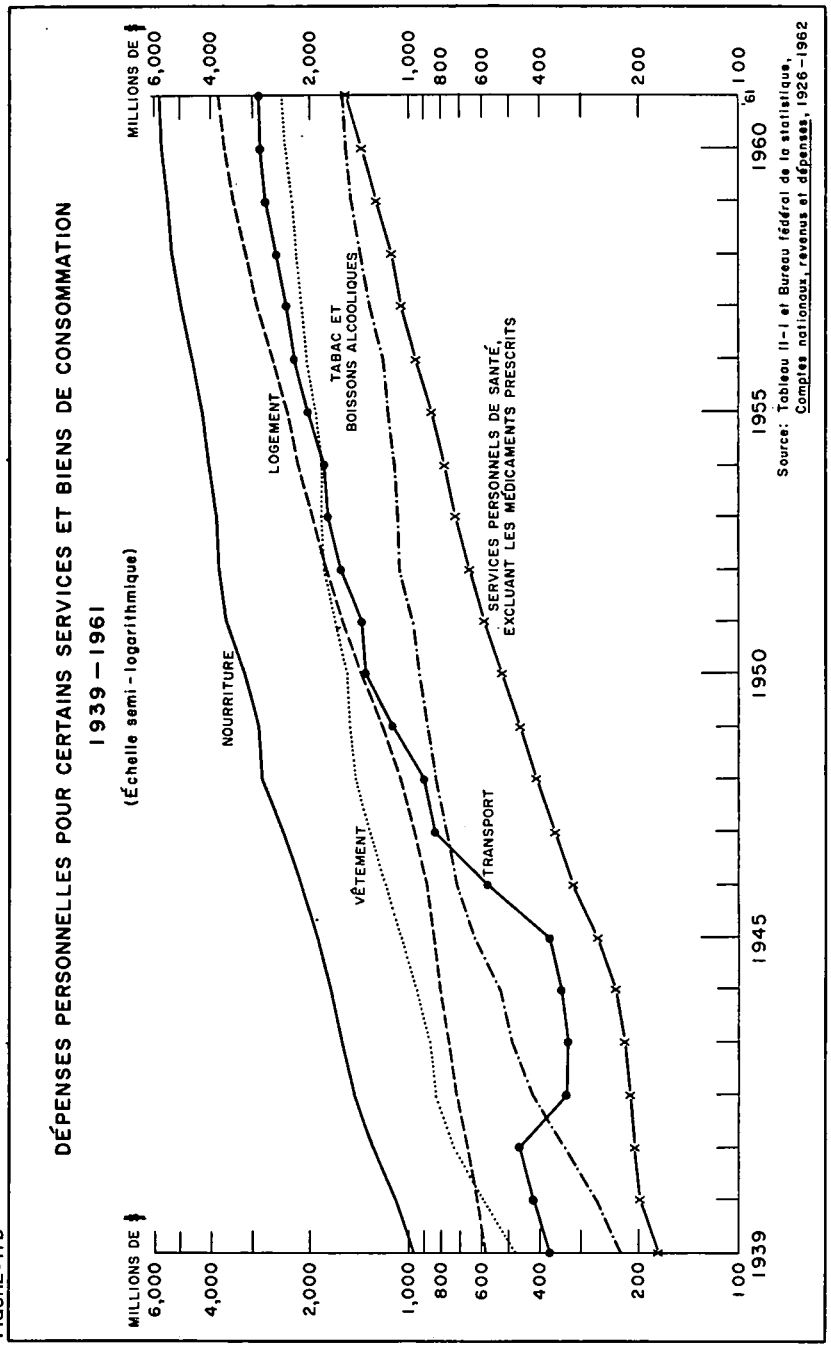
* Comprennent: soins médicaux, dentaires, hospitaliers, autres soins infirmiers, administration de l'assurance-maladie, services des chiropraticiens, des ostéopathes et des optométristes.

† Rectifié par l'inclusion des dépenses en soins hospitaliers fournis dans les hôpitaux fédéraux et provinciaux et des frais d'administration des programmes de soins publics hospitaliers.

SOURCE: J. J. Madden, *L'économique de la santé*, étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964.

p. 100), aucun autre élément n'a varié de plus de 2.7 p. 100 par rapport au chiffre de 1927-1929. Certes, les services de santé personnels ont augmenté de 1.9 p. 100, mais d'autres éléments des dépenses personnelles ont aussi progressé. Dans le cas du coût des transports qui s'est élevé de 2.7 p. 100 parce que les Canadiens possèdent plus de voitures automobiles, le taux d'augmentation a été plus élevé que celui des services de santé.

FIGURE-11B


DÉPENSES PERSONNELLES POUR CERTAINS SERVICES ET BIENS DE CONSOMMATION
1939 — 1961
(Échelle semi-logarithmique)
MILLIONS DE $
6,000
4,000
2,000
1,000
800
600
400
200
100
1939
1945
1950
1955
1960
'61
NOURRITURE
LOGEMENT
VÊTEMENT
TRANSPORT
TABAC ET BOISSONS ALCOOLIQUES
SERVICES PERSONNELS DE SANTÉ, EXCLUANT LES MÉDICAMENTS PRESCRITS
Source: Tableau II-1 et Bureau fédéral de la statistique, Comptes nationaux, revenus et dépenses, 1926-1962

La composition de la dépense que montre le tableau 11-8 se voit nettement aussi, si l'on examine le budget des ménages canadiens au cours de la période de 1937-1939 à 1959. Parce que les enquêtes sur les dépenses se sont surtout concentrées sur les familles urbaines de deux personnes ou plus, et parce que les familles à très faible revenu ou à revenu très élevé en sont généralement exclues, les chiffres ne présentent pas un tableau complet sur les types de dépenses de toutes les classes de revenu et sur la population rurale. En ce qui concerne les familles au sujet desquelles nous possédons des données chronologiques assez comparables, la dépense moyenne en service de santé est passée de $63 en 1937-1938 à $221 en 1959. Le poucentage des dépenses totales est à peu près le même pour les deux périodes (4.6 p. 100), tandis qu'en 1947-1948, le pourcentage des dépenses en services de santé a baissé à 3.9 p. 100[1].

Dépenses de santé et autres dépenses de consommation

Bien que nous reconnaissions que l'augmentation des dépenses en services de santé s'est accompagnée d'un accroissement les dépenses consacrées à d'autres biens et services, nous savons que les premières ont progressé plus rapidement et qu'elles ont continué de la faire jusqu'à maintenant, alors que d'autres éléments de la dépense ont plutôt généralement baissé. Il importe de reconnaître ici qu'il y a eu des époques où les dépenses touchant la santé ont été devancées par d'autres dépenses, que d'autres éléments—surtout les dépenses personnelles pour des services généraux—ont aussi beaucoup augmenté et que l'expansion rapide des dépenses en services de santé personnels n'a été un peu exceptionnelle que depuis cinq ou six ans, alors que le taux de croissance de la production de l'économie et de la dépense canadienne a généralement eu tendance à ralentir[2].

---

[1] Voir Bureau fédéral de la statistique, *Enquêtes sur les dépenses de consommation, 1937-1938, 1947-1949 et 1959,* Ottawa, Imprimeur de la Reine. Ces chiffres ne sont pas tout à fait comparables aux chiffres déjà présentés parce qu'ils ne comprennent pas les dépenses en services de santé personnels financées par les gouvernements au moyen de la taxe de vente et d'autres impôts (exception faite des primes d'assurance-hospitalisation), et parce qu'ils comprennent les dépenses en médicaments non prescrits. Si l'on élimine ces dernières, le pourcentage dépensé en soins de santé en 1959 reviendrait à environ 4.4 p. 100; la baisse serait probablement beaucoup plus forte pour les années 1937-1939. Comme l'enquête de 1937-1939 a exclu toutes les familles qui ne se suffisaient pas à elles-mêmes, et comme peu de familles se suffisant à elles-mêmes bénéficiaient de services de santé qu'elles ne payaient pas directement, les dépenses sont à peu près équivalentes à la consommation des services de santé. En 1959, quand certaines provinces établirent la gratuité totale ou presque totale des services de santé et que les primes ne correspondaient pas aux frais complets des programmes, l'enquête sur les dépenses de consommation a sous-estimé la dépense en soins de santé puisque les dépenses concernant la santé ont figuré comme taxe de vente sur d'autres biens et services de consommation ou dans l'impôt sur le revenu. Voilà pourquoi l'enquête sur les dépenses de consommation de 1959 sous-estime la proportion affectée aux services de santé comparativement à l'enquête de 1937-1939.

[2] Il s'agit de la période de 1957 à 1961 durant laquelle la croissance de l'économie canadienne a un peu ralenti, mais qui a été suivie par une accélération importante de l'expansion économique en 1962 et 1963, accélération qui se compare favorablement avec le taux de croissance d'avant 1957.

Ce sont des phénomènes que l'on peut constater en examinant les tableaux 11-9 et 11-17 qui montrent l'évolution du taux de croissance moyen de l'ensemble et de chacune des dépenses de santé, c'est-à-dire la moyenne de l'augmentation en pourcentage annuel des dépenses pendant un certain nombre de sous-périodes. Même si au cours de 1926 à 1961, la dépense personnelle en services de santé s'est élevée un peu plus rapidement que la dépense nationale brute ou la dépense personnelle totale (6.7 contre 5.8 et 5.7 p. 100), le taux de croissance a été beaucoup plus faible de 1926 à 1944 et n'a été élevé que durant la période d'après-guerre. Ainsi, entre 1926 et 1944, la D.N.B. a augmenté au rythme moyen de 4.7 p. 100, tandis que la dépense en services de santé personnels a progressé au rythme de 2 p. 100. Depuis la guerre, la tendance s'est renversée et la D.N.B. a augmenté à un rythme moyen de 7.4 p. 100, tandis que la dépense en services de santé personnels a progressé au rythme de 11.8 p. 100 par année. Il en est ainsi des diverses dépenses de santé; toutes, sauf les dépenses hospitalières, n'ont guère augmenté durant la période d'avant-guerre et toutes sont montées beaucoup plus rapidement durant l'après-guerre.

TABLEAU 11-9 VARIATION EN POURCENTAGE ANNUELLE MOYENNE DES DÉPENSES EN SERVICES DE SANTÉ PERSONNELS, CANADA, EN CERTAINES PÉRIODES, 1926-1961*

Période	Services médicaux	Services dentaires	Services hospitaliers	Services de santé divers	Frais d'administration de l'assurance-maladie	Tous les services	Ordonnances
1926–1929	6.3	6.1	3.1	5.8	3.1	5.1	—
1930–1934	−17.9	−17.8	1.4	−14.9	−7.8	−9.2	—
1935–1939	6.8	7.4	3.9	0.0	10.0	4.8	—
1940–1944	1.3	7.6	6.4	0.0	14.9	4.6	—
1945–1949	11.3	9.9	17.7	10.7	20.9	14.7	10.7
1950–1954	8.7	9.3	12.2	6.0	11.6	10.6	8.3
1955–1959	12.1	9.9	11.2	14.8	18.9	11.6	14.0
1957–1961	9.2	8.0	12.0	13.2	12.4	11.1	7.2
1926–1944	0.1	1.5	4.5	−0.9	5.0	2.0	—
1945–1961	10.6	9.0	13.0	10.0	13.4	11.8	10.2
1926–1961	5.2	5.3	8.5	4.2	9.4	6.7	—

* Sauf indication contraire, tous les taux annuels moyens d'augmentation dans le présent chapitre ont été calculés en appliquant la formule de l'intérêt composé aux points terminaux.

SOURCE: D'après le tableau 11-1.

On peut voir aux tableaux 11-8 et 11-10 que le taux de croissance moyen des dépenses en services de santé a différé de celui de la dépense en alimentation, en habillement et en autres biens périssables, mais a été semblable à celui des dépenses consacrées à la plupart des services. Ainsi, la dépense en aliments a augmenté plus rapidement durant la période antérieure à 1950 que durant les années 1950, comme dans le cas de l'habillement et des effets personnels; cependant, les dépenses de transport ont augmenté très rapidement durant la période d'après-guerre comme d'ailleurs les dépenses de logement. A la vérité, on constate une composition de la dépense qui indique que, pendant et durant la guerre, les dépenses en biens périssables, telles que l'habillement et les effets personnels, ont progressé beaucoup plus rapidement que les dépenses en biens durables, telles que les automobiles, les appareils ménagers, les postes de récepteurs de radio et de télévision ou en services tels que la santé, l'enseignement, les distractions, les divertissements et les voyages, tandis que c'est le contraire qui a prévalu dans la période d'après-guerre. De 1926 à 1944, les dépenses en biens périssables ont augmenté au rythme moyen de 4 p. 100, les dépenses de services de 2.3 p. 100 en général, les services de santé personnels de 2 p. 100, et les biens durables de seulement 0.8 p. 100. Durant la période d'après-guerre, les dépenses de biens durables ont progressé le plus rapidement (13.6 p. 100), devançant ainsi les services de santé personnels (11.8 p. 100), les services en général (9.2 p. 100) et les biens périssables (6.8 p. 100). Depuis 1957, les dépenses de services ont continué d'augmenter plus rapidement que celles des biens durables ou des biens périssables (6 contre 4 p. 100).

Les causes du retard dans les dépenses de services en général ne nous intéressent pas, mais il importe de reconnaître que durant la période de marasme économique, alors que le revenu avait baissé sensiblement, le revenu disponible a dû être employé aux nécessités essentielles pour vivre en climat canadien; maisons, voitures, réfrigérateurs, cuisinières, voyages, enseignement supérieur et services de santé non strictement indispensables sont demeurés des besoins qui ne pouvaient se transformer en demandes. Même l'expansion des familles a été retardée parce qu'on trouvait difficilement de l'emploi, et le nombre d'enfants a été limité dans les ménages déjà établis, car la venue d'un autre enfant aurait nui au standard de vie convenable pour le premier ou le deuxième enfant. Durant et immédiatement après la guerre, malgré la montée de l'emploi et du revenu, il a fallu, à cause des perturbations causées par la vie aux armées, le blocage des loyers et des prix, la pénurie de voitures et de biens durables, le manque de lits d'hôpitaux dans certaines régions et l'insuffisance de personnel, restreindre l'achat de certains biens et services; d'autre part, des produits relativement abondants tels que les aliments et l'habillement pouvaient s'acheter avec bien peu de difficulté.

Leurs besoins essentiels étant une fois satisfaits et leur revenu augmentant toujours, les Canadiens se sont trouvés en mesure de faire porter leurs dépenses non plus seulement sur l'alimentation et l'habillement, mais

aussi sur les maisons, les automobiles, les cuisinières, les réfrigérateurs, les machines à laver, et les téléviseurs, ainsi que sur les voyages à l'étranger, l'enseignement et les soins de santé, puis, lorsque la demande de biens durables est devenue momentanément saturée, d'acheter encore plus de services. Ce dernier phénomène a été ralenti par le désir d'obtenir des aliments plus parfaitement traités, d'acheter des voitures plus perfectionnées, des congélateurs, des machines à laver automatiques, des sécheurs, des appareils d'air climatisé et une foule d'autres biens durables de consommation qui sont apparus sur le marché par suite des progrès techniques et du désir du consommateur de bénéficier des résultats du progrès économique; cependant, ce phénomène demeure toujours de haute actualité, ce qui est significatif.

TABLEAU 11-10 VARIATION EN POURCENTAGE ANNUELLE MOYENNE DE LA DÉPENSE PERSONNELLE EN CERTAINES CATÉGORIES DE DÉPENSES ET EN CERTAINES PÉRIODES, CANADA, 1926-1962

Période	Services de santé personnels	Biens durables	Biens périssables	Services
1926–1929	5	15	12	5
1930–1934	−9	−10	−6	−7
1935–1939	5	7	4	5
1940–1944	5	2	12	7
1945–1949	15	30	12	10
1950–1954	11	12	5	11
1955–1959	12	5	6	9
1957–1962	—	4	4	6
1926–1944	2.0	0.8	4.0	2.3
1945–1961	11.8	13.6	6.8	9.2
1926–1961	6.7	7.0	5.4	4.3

SOURCE: D'après le tableau 11-9 et Bureau fédéral de la statistique, *Comptes nationaux, revenus et dépenses* 1926-1962, Ottawa, Imprimeur de la Reine.

L'élément service compte de plus en plus dans le budget du consommateur depuis dix ans. Son importance relative toujours plus grande représente avant tout, cependant, le rétablissement d'une situation qui existait avant les années 1930 et qui a été faussée par la grande crise économique et la seconde Grande Guerre. En 1926-1929, le volume des services, exprimé en dollars (1957), correspondait à 36.2 p. 100 des dépenses du consommateur. En 1960-1962, malgré leur rapide expansion d'après-guerre, les services n'y figuraient que pour 36.7 p. 100. Le glissement vers les services, intervenu dans l'après-guerre, représente pour ainsi dire et dans une grande mesure, un «rattrapage» avec le rapport à long terme entre les dépenses en services et le revenu personnel. Le rapport entre les services et

les autres éléments de la dépense qui caractérisait le budget du consommateur il y a près de trente ans a été rétabli. Cette tendance pourrait fort bien se continuer dans l'avenir puisque la société opulente décidera peut-être de consacrer une plus grande part de son revenu réel aux services plutôt qu'aux biens. Le glissement ne devrait être probablement ni rapide ni considérable, cependant, puisque le rythme prévu de la formation des familles au cours de la seconde moitié des années 1960, ainsi que la propension des familles à améliorer leur niveau de vie en fait de logement et de possession de voitures automobiles, créeront une demande de capital de consommation qui pourrait bien croître à un taux plus rapide que la demande des consommateurs en fait de services de santé et d'enseignement pendant quelque temps.

Facteurs contribuant aux tendances à longue portée dans les dépenses de santé

Le passé historique du Canada montre, en conséquence, que les dépenses de consommation de toute nature augmentent avec le revenu, mais que le taux moyen d'augmentation des dépenses affectées aux divers biens ou services, ou aux différentes catégories de biens et de services peut varier à court terme, puisqu'il dépend d'une foule de facteurs variables autres que le revenu disponible. Les dépenses en biens durables se ressentent du stock et de l'âge des biens, ainsi que des biens, ainsi que de l'abondance du crédit à la consommation, tandis que les crises politiques, la température, la publicité, l'apparition constante de produits nouveaux et les modifications apportées aux impôts et à la politique fiscale des gouvernements influent non seulement sur la dépense en biens durables, mais aussi sur tous les autres éléments de la dépense. Pourtant, d'après la statistique, les glissements intervenus dans les dépenses de consommation ont été singulièrement faibles. Il y a bien eu des écarts par rapport aux relations à long terme, mais il s'est finalement opéré un mouvement de retour aux relations fondamentales. Il faut s'y attendre dans le domaine de la consommation, puisque l'homme ne désire pas acheter seulement des aliments, des vêtements ou des services de logement ou de santé, mais aussi un mélange qui satisfait ses divers besoins dans le cadre des limites imposées par sa fortune. La demande des produits de chaque industrie connaît d'habitude trois étapes: ce sont d'abord des produits «de luxe», puis des produits nécessaires à la subsistance ou à la vie culturelle et finalement des produits dont la demande dépend essentiellement de la croissance de la population et du revenu réel par habitant[1]. Cela ne signifie pas, cependant, que la proportion «normale» de la D.N.B. consacrée à l'alimentation ou aux soins de santé est fixe, ou que le consommateur dépense toujours à la longue une proportion donnée de son revenu disponible pour se procurer une catégorie particulière de biens ou de services de consommation. Cela veut dire que, si le taux moyen d'augmentation de la dépense consacrée à un élément particulier augmente plus rapidement à court terme que ne progresse

[1]Pour plus ample information, voir T. M. Brown, *op. cit.*, chapitre 2.

le revenu en général, le taux freinera tôt ou tard. Cela vaut autant pour les dépenses de santé que pour les biens et les services en général. D'habitude, on ne recherche pas les services de santé pour eux-mêmes. Il y a une limite à la somme des soins médicaux et dentaires, des services hospitaliers et des médicaments que le citoyen moyen se procurera, même s'ils sont tout à fait gratuits. La loi d'Engel s'applique à coup sûr aux services de santé comme aux aliments de base.

Pourtant, si les dépenses de consommation ont augmenté à mesure que le revenu personnel disponible s'est accru, et si les dépenses consacrées aux services en général ont progressé plus rapidement que les autres catégories des dépenses de consommation, sans aucun doute les dépenses en services de santé ont progressé plus rapidement que ne pourrait l'expliquer la théorie d'un «rattrapage» généralisé, vu surtout qu'elles ont monté particulièrement vite depuis quelques années comparativement à certains autres biens et services dont le consommateur n'est pas encore rassasié. Nous devons examiner ici les facteurs qui ont beaucoup influé sur les dépenses en soins de santé, c'est-à-dire la politique du subventionnement fiscal des gouvernements canadiens, et l'établissement très répandu de programmes d'assurance-maladie publics et privés.

La politique générale des gouvernements canadiens, politique qui exclut les services de santé—mais non pas les ordonnances—de la taxe de vente, ainsi que la politique du gouvernement fédéral qui autorise à déduire du revenu imposable certaines dépenses d'ordre médical, ont eu pour effet, par elles-mêmes, de faire glisser la consommation personnelle vers les soins de santé au détriment d'autres biens et services qui sont taxés. En outre, l'établissement de régimes d'assurance-maladie privés, dont plusieurs sont subventionnés par les employeurs au moyen de fonds non taxés, ainsi que l'augmentation depuis quelques années des programmes de bien-être social public qui assurent gratuitement des soins médicaux, des soins dentaires, des médicaments et des soins infirmiers à domicile aux indigents et aux gens à faible revenu, ont permis à un nombre croissant de Canadiens de recevoir les soins de santé dont ils ont besoin sans tenir compte de leur revenu ni de leur épargne. Nous avons décrit plus en détail au chapitre 10 du présent rapport l'expansion de ces régimes.

Les programmes de sécurité financière, tels que l'assistance-vieillesse, la pension de vieillesse et les allocations familiales, fournissent un revenu additionnel aux particuliers et aux familles qui sont susceptibles d'encourir pour la santé des dépenses supérieures à celles de ceux qui ne bénéficient pas de ces régimes. Enfin, facteur des plus importants, les soins hospitaliers que les provinces fournissent de plus en plus aux tuberculeux et aux malades mentaux, l'adoption en 1957 du régime national d'assurance-hospitalisation et les services croissants de diagnostic et de traitement assurés aux malades externes par certaines provinces, permettent presque à tous les Canadiens de bénéficier des soins hospitaliers qui leur sont nécessaires, à condition qu'ils puissent, grâce à leurs propres ressources ou à d'autres moyens, se procurer des services médicaux.

Le revenu disponible est en progression, mais les paiements de transfert qui comptent pour une si grande partie dans le revenu personnel disponible chaque année sont remis, non pas en argent, mais sous la forme de soins de santé. Dans la mesure où une partie de la population se trouve ainsi à en subventionner une autre, la subvention revêt la forme d'une prestation directe de services de santé, tandis que, dans l'autre cas, les particuliers consomment des services de santé qu'il ne consommeraient pas autrement s'ils étaient laissés à eux-mêmes. Les Canadiens gagnant davantage et étant plus au fait des avantages des soins de santé, la demande de services de santé est demeurée élevée jusqu'ici. Les subventions ont permis à des Canadiens d'obtenir des services de santé qu'ils n'auraient peut-être pas obtenus autrement pendant beaucoup d'années, jusqu'à ce que le revenu de ceux qui gagnent très peu ait suffisamment augmenté pour leur permettre de se les procurer. Bref, les subventions hâtent l'avènement du jour où nul ne sera privé de services de santé faute de ressources.

Si le revenu réel personnel doublait au cours de la prochaine génération, on peut s'attendre que la plupart des Canadiens, puissent se procurer les services de santé dont ils ont besoin, à condition que le prix des services ne progresse pas plus rapidement que les autres prix. Le subventionnement des services de santé a pour effet de permettre d'en arriver beaucoup plus tôt à cette situation. Les dépenses grandissantes qui accompagnent cette demande sont, en somme, la concentration d'une demande accrue dans une plus courte période de temps. Elles finiront éventuellement par diminuer.

AUTRES CAUSES DÉTERMINANTES DE LA DÉPENSE EN SERVICES DE SANTÉ

Population, volume, qualité et prix

Nous avons examiné la tendance à long terme des dépenses totales de santé et les fluctuations dans cette tendance à longue portée; nous aussi avons décrit les éléments de la demande qui ont déterminé une forte augmentation de la dépense dans les dix ans qui ont suivi la guerre. Comme nous désirons projeter la dépense future d'après la dépense consacrée à certains éléments particuliers de la santé aussi bien que d'après l'ensemble de la dépense, il est utile d'examiner le taux moyen d'augmentation de la dépense consacrée aux divers éléments, et surtout d'étudier certaines autres causes déterminantes de cette dépense, c'est-à-dire l'incidence de l'effectif du personnel de la santé et du capital sur le prix des services de santé.

Il convient, pour les fins de notre analyse, d'attribuer l'augmentation des dépenses des Canadiens en services de santé à quatre facteurs principaux: variations de la population, variations des achats de services de santé par habitant (et, donc, du volume de soins de santé achetés), variations de la qualité des services de santé et fluctuations du prix des services. Dans l'état actuel de nos connaissances, il n'est pas facile de déterminer l'influence de

chacun de ces facteurs. Il faut donc considérer nos prévisions seulement comme une approximation quantitative légitime des divers facteurs en jeu.

En bref, si nous supposons que la qualité des services ne varie pas dans le temps, la somme consacrée à la santé variera donc directement selon les variations de la population totale, de la consommation par habitant et des prix. Ainsi, par exemple, si la population, la consommation par habitant et les prix moyens augmentent de 2 p. 100 par année, la dépense totale en services de santé augmentera d'environ 6.12 p. 100 par année (multiplication de l'indice de la variation de la population par l'indice de la variation de la quantité et par l'indice de la variation des prix)[1]. De même, si nous connaissons la dépense totale, la croissance de la population et la fluctuation des prix, nous pouvons calculer le taux d'augmentation de la consommation réelle par habitant. Nous pouvons estimer grossièrement l'augmentation du volume de services reçus par chaque Canadien au cours d'une période particulière. A cette fin, nous avons établi des prévisions au sujet de la dépense chronologique en services de santé par habitant, ce qui élimine l'effet des variations de la population, et en dollars (1957) constants, ce qui élimine les fluctuations des prix. Les prévisions en dollars (1957) constants de la dépense en services de santé représentent alors approximativement le volume des services de santé reçus par le Canadien moyen durant la période observée.

L'élimination des effets de la croissance de la population sur les dépenses pour la santé ne présente pas de problème particulier de conception. On ne peut en dire autant de l'élimination des effets de la fluctuation des prix. Pour mesurer le volume de la production, nous avons divisé les dépenses courantes en services de santé par les prix courants, et nous avons ensuite réévalué cette approximation indirecte du volume aux prix de 1957. C'est ainsi que les prévisions du volume des services de santé sont dites prévisions en dollars (1957) constants, parce que les prix retenus de chaque année sont ceux de 1957. Cependant, l'élimination de la fluctuation des prix courants pose beaucoup de difficultés, parce qu'une augmentation ou une diminution de prix peut indiquer quelque chose qui n'est pas pure variation de prix. En d'autres termes, les prix peuvent varier parce que la production a varié de quelque façon; parce que la qualité de la production diffère de celle d'une période antérieure[2].

---

[1] Par exemple, $102 \times 102 \times 102 = 106.12$.

[2] Ainsi, par exemple, si 1,000 voitures avaient été fabriquées en 1950 au prix de $2,500 chacune, la valeur de la production aurait été de 2.5 millions de dollars. En 1963, si la production était encore de 1,000 mais si le prix avait augmenté à $3,000, la dépense totale en voitures se serait élevée à 3 millions et l'on pourrait dire que l'augmentation de la dépense tenait exclusivement à la fluctuation du prix. En réalité, nous ne pouvons affirmer en toute certitude que le volume de la production est demeuré constant et que les prix ont augmenté de 20 p. 100, puisque la voiture de 1963 pouvait être plus puissante, mieux étudiée, plus économique, plus durable et plus satisfaisante pour le consommateur en général. La qualité de la production a augmenté et a plus que compensé l'augmentation du prix. L'acheteur de 1963 obtient en échange de son argent, une voiture de plus grande valeur que l'acheteur de 1950; toute mesure qui ne tient pas compte de la variation de la qualité risque de surestimer de beaucoup la véritable variation des prix et de sous-estimer la véritable augmentation de la production.

TABLEAU 11-11 INDICES SYNTHÉTIQUES DES PRIX, CERTAINES DÉPENSES DE SANTÉ ET AUTRES ÉLÉMENTS, CANADA, 1926-1961*

(1957=100.0)

Année	Services médicaux	Services dentaires	Services hospitaliers	Tous les services	Ordonnances	Construction d'hôpitaux†	Dépense personnelle en services	Dépense publique en biens et services	Formation brute de capital fixe	Dépense nationale brute
1926	61.5	90.0	30.6	48.0	—	—	—	—	—	51.0
1927	61.0	89.0	31.0	48.5	—	—	—	—	—	50.5
1928	62.0	88.0	32.0	49.5	—	—	—	—	—	50.5
1929	62.0	89.0	32.5	50.0	—	—	—	—	—	51.5
1930	62.0	86.0	33.0	49.5	—	—	—	—	—	50.0
1931	61.5	75.0	32.5	47.5	—	—	—	—	—	47.0
1932	59.0	66.0	32.5	44.5	—	—	—	—	—	42.5
1933	58.0	57.0	32.0	42.0	—	—	—	—	—	42.0
1934	53.5	55.0	32.0	41.0	—	—	—	—	—	42.0
1935	59.0	55.5	32.0	41.5	—	—	—	—	—	42.5
1936	59.0	55.5	32.5	42.0	—	—	—	—	—	44.0
1937	59.0	58.5	32.5	42.5	—	—	—	—	—	45.5
1938	59.0	56.5	33.0	43.0	—	—	—	—	—	45.0
1939	58.5	57.5	33.5	43.5	—	—	—	—	—	43.0
1940	58.5	57.5	33.5	43.5	—	—	—	—	—	46.0
1941	59.5	59.0	33.0	43.5	—	—	—	—	—	50.5
1942	60.0	60.0	34.5	43.5	—	—	—	—	—	52.5
1943	60.5	60.5	36.0	46.0	—	—	—	—	—	54.5
1944	62.5	61.5	38.0	47.0	—	—	—	—	—	56.0
1945	63.5	62.5	40.5	49.5	73.5	50.0	56.0	53.9	50.6	57.5
1946	64.5	65.0	43.5	52.0	73.5	51.0	—	—	—	59.0
1947	67.0	65.5	51.0	57.5	77.5	58.5	—	—	—	64.0
1948	73.0	68.0	56.0	62.5	85.5	65.0	—	—	—	73.0
1949	76.5	71.0	61.0	65.5	87.5	69.0	—	—	—	75.5
1950	77.5	74.5	65.5	70.5	88.5	72.5	—	—	—	78.8
1951	82.5	79.0	73.0	72.0	93.5	81.5	—	—	—	84.0
1952	87.0	84.0	76.0	80.0	94.0	88.0	—	—	—	90.5
1953	90.0	87.0	83.0	84.5	95.0	89.5	—	—	—	91.0
1954	92.0	89.0	86.5	89.0	95.5	91.5	—	—	—	93.0
1955	93.5	92.5	90.5	91.5	97.0	92.0	92.5	90.1	91.7	93.5

TABLEAU 11-11 INDICES SYNTHÉTIQUES DES PRIX, CERTAINES DÉPENSES DE SANTÉ ET AUTRES ÉLÉMENTS, CANADA, 1926-1961*—*Fin*

(1957=100.0)

Année	Services médicaux	Services dentaires	Services hospitaliers	Tous les services	Ordonnances	Construction d'hôpitaux†	Dépense personnelle en services	Dépense publique en biens et services	Formation brute de capital fixe	Dépense nationale brute
1956	96.0	94.0	93.0	95.0	97.5	97.0	94.5	95.1	96.6	97.0
1957	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
1958	106.0	104.5	103.5	104.0	103.5	102.0	103.5	101.1	102.0	102.0
1959	108.0	108.0	107.0	106.0	108.0	105.0	106.5	104.6	105.1	104.0
1960	109.0	113.0	109.0	109.0	111.5	107.5	108.5	108.0	107.4	106.0
1961	111.0	114.5	111.0	110.0	106.6	108.0	112.0	110.1	108.4	106.3

* Les indices synthétiques des prix utilisés pour dégonfler les dépenses en «services divers» sont l'indice des prix des services médicaux. L'indice utilisé pour dégonfler les frais d'administration de l'assurance-maladie est l'indice de la D.N.B. Les indices synthétiques des prix ont été arrondis à ½ p. 100 près, sauf dans le cas de la Dépense publique en biens et en services et de la Formation de capital par les entreprises.

† Dégonflée au moyen de l'indice synthétique des prix de la Formation brute de capital fixe des entreprises.

SOURCE: J. J. Madden, *L'économique de la santé*, étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964, Bureau fédéral de la statistique, *Comptes nationaux, revenus et dépenses, 1926-1961*, et données supplémentaires.

Dans le domaine des services de santé, il s'est produit d'importantes variations de la qualité, surtout en ce qui concerne le genre de services hospitaliers reçus, les services médicaux et les médicaments. Ainsi, par exemple, si le prix d'une visite au cabinet du médecin augmentait de 20 p. 100 tandis que le nombre de visites nécessaires pour une maladie particulière diminuait de 50 p. 100, nos prévisions montreraient que la dépense en services médicaux a augmenté parce que le prix d'un service s'est accru, tandis que, si la production consistait dans la guérison d'une maladie au lieu d'une visite, l'amélioration de la qualité suffirait à nous justifier de conclure que le prix a véritablement diminué. Si, par l'emploi d'un meilleur matériel, de matières nouvelles et d'un personnel auxilaire, la fourniture d'un dentier exige moins de temps et donne plus de satisfaction, même si le prix des dentiers ou des séances chez le dentiste augmente, la montée du prix peut être plus que contrebalancée par l'amélioration de la qualité. De même, le prix d'une opération donnée a pu augmenter parce qu'elle nécessite une équipe de praticiens hautement qualifiés et beaucoup

d'équipement; cependant, si le patient survit aujourd'hui alors qu'il avait toutes les chances de mourir il y a trente ans, peut-on affirmer que le coût de l'opération a renchéri ou bien qu'il a vraiment baissé? On peut en dire autant, il va de soi, d'une foule de médicaments; ils coûtent plus cher et font monter l'indice des médicaments, mais ils donnent des résultats bien supérieurs aux médicaments moins coûteux qu'ils remplacent.

La mesure de la fluctuation du prix des soins hospitaliers pose aussi beaucoup de difficultés. La variation des prix de la majeure partie de la période est éliminée dans nos prévisions grâce à la mesure des variations du prix d'une journée de soins hospitaliers; cependant, dans le cas des années remontant à 1955, on a procédé au dégonflement en maintenant les prix de la contribution de la main-d'œuvre, du matériel et d'autres facteurs au niveau constant de 1957. Ces deux méthodes éliminent, par ailleurs, l'augmentation possible de la productivité, c'est-à-dire de la production accrue fournie par les mêmes ressources. L'augmentation du prix d'une journée de soins hospitaliers peut découler d'une plus grande concentration des actes diagnostiques et thérapeutiques durant les tous premiers jours et d'une forte diminution du nombre de jours de soins exigés pour une maladie donnée. Pourtant, cette amélioration de la qualité, de la production réelle, ne se refléterait pas complètement dans la mesure dont nous disposons, et l'augmentation du prix des soins hospitaliers tendrait ainsi à être exagérée. D'autre part, s'il faut maintenant faire queue avant d'obtenir un lit d'hôpital, alors qu'on pouvait auparavant se faire hospitaliser aussitôt en payant le tarif quotidien, il y aurait lieu de soutenir que la qualité des soins hospitaliers s'est dégradée et que le prix réel d'une journée de soins hospitaliers a beaucoup plus augmenté que ne l'indique l'indice des prix.

Les indices des prix eux-mêmes, qui servent à convertir les dépenses totales en une mesure de volume de la production ou de la consommation, ne sont pas exempts d'erreur. Les prix sur lesquels ils se fondent peuvent n'être pas complètement représentatifs de tous les services de santé achetés, et ils peuvent ne pas refléter tout à fait les prix de toutes les transactions qui se rattachent aux services particuliers donnés. En bref, nous ne saurions trop souligner que, aussi longtemps que le problème de la mesure de la variation de la qualité des soins de santé ne pourra trouver de meilleure solution, et aussi longtemps qu'un nombre plus considérable de services et de biens de santé ne seront pas compris dans l'indice, toutes les approximations des tendances du prix et du volume des services et des biens de santé présentées dans notre étude devront être envisagées uniquement comme une première approximation de tendances. En ce qui nous concerne, les prévisions suffisent à montrer la variation des éléments qui s'inscrivent dans l'effort des Canadiens pour les soins de santé.

Augmentation de la population et dépenses de santé

Il faut s'attendre que les dépenses de santé augmentent avec l'accroissement de la population, puisqu'il naît plus d'enfants, que plus de gens deviennent malades et que plus de gens meurent, qui tous ont besoin de services de

TABLEAU 11-12 DÉPENSES EN SERVICES DE SANTÉ PERSONNELS EN DOLLARS (1957) CONSTANTS, SELON LA CATÉGORIE DE DÉPENSES ET POURCENTAGE DE LA DÉPENSE NATIONALE BRUTE (D.N.B.) ET DE LA DÉPENSE PERSONNELLE TOTALE CONSACRÉE AUX SERVICES DE SANTÉ PERSONNELS, CANADA, 1926-1961

Année	Services médicaux	Services dentaires	Services hospitaliers	Services de santé divers	Frais d'administration de l'assurance-maladie	Tous les services	Pourcentage de la dépense personnelle totale	Pourcentage de la D.N.B.	Ordonnances	Dépenses totales	Pourcentage de la dépense personnelle totale	Pourcentage de la D.N.B.
	(millions de dollars)								(millions de dollars)			
1926	104.9	21.6	169.7	44.1	6.1	346.4	5.1	3.45	—	—	—	—
1927	113.0	23.3	174.6	44.1	6.7	361.7	4.8	3.30	—	—	—	—
1928	119.4	25.4	174.6	49.8	6.9	376.1	4.5	3.14	—	—	—	—
1929	124.9	26.2	174.9	51.5	6.6	384.1	4.4	3.20	—	—	—	—
1930	114.6	24.9	177.0	44.9	7.0	368.4	4.4	3.32	—	—	—	—
1931	103.5	25.4	178.0	42.5	6.2	355.6	4.5	3.55	—	—	—	—
1932	77.7	20.8	170.0	32.3	5.4	306.2	4.2	3.40	—	—	—	—
1933	65.2	19.8	173.3	29.3	5.7	293.3	3.9	3.48	—	—	—	—
1934	63.5	20.1	193.1	27.6	6.2	310.5	4.1	3.29	—	—	—	—
1935	74.1	23.6	214.5	32.3	6.6	351.1	4.5	3.45	—	—	—	—
1936	75.2	24.0	232.2	34.0	7.3	372.7	4.5	3.51	—	—	—	—
1937	84.6	26.7	233.2	35.7	7.9	388.1	4.4	3.32	—	—	—	—
1938	93.0	29.4	247.1	35.7	8.7	413.9	4.8	3.51	—	—	—	—
1939	97.2	30.5	236.9	32.3	9.1	406.0	4.6	3.22	—	—	—	—
1940	107.0	33.0	267.9	39.1	9.3	456.3	4.8	3.16	—	—	—	—
1941	111.3	37.0	262.2	40.1	9.7	460.3	4.5	2.78	—	—	—	—
1942	114.3	35.2	269.1	39.8	10.5	468.9	4.5	2.39	—	—	—	—
1943	113.1	38.1	282.0	36.4	9.9	479.5	4.5	2.36	—	—	—	—
1944	105.5	41.3	305.1	36.7	13.4	502.0	4.4	2.38	—	—	—	—
1945	120.2	47.4	319.6	39.2	16.5	542.9	4.3	2.64	31.6	574.5	4.5	2.79
1946	134.1	56.8	347.5	43.9	21.4	603.7	4.3	2.99	36.5	640.2	4.6	3.17
1947	135.3	59.2	367.4	50.7	23.5	636.1	4.5	3.11	37.3	673.4	4.7	3.29
1948	139.2	58.8	384.0	49.4	24.7	656.1	4.7	3.15	37.8	693.9	5.0	3.33
1949	152.8	59.6	403.5	49.0	26.9	691.8	4.7	3.20	39.6	731.4	5.0	3.38
1950	174.5	62.5	431.2	51.0	29.5	748.7	4.8	3.24	42.6	791.3	5.1	3.42
1951	185.9	64.3	447.4	50.4	29.1	777.1	4.9	3.17	45.7	822.8	5.2	3.35
1952	193.1	66.8	471.3	49.4	31.9	812.5	4.8	3.06	49.0	861.5	5.1	3.25
1953	196.0	69.6	487.0	50.0	35.3	837.9	4.8	3.04	51.4	889.3	5.0	3.23
1954	204.4	74.5	517.0	54.2	38.4	888.5	4.9	3.33	54.5	943.0	5.2	3.53
1955	221.2	74.1	531.0	58.9	42.6	927.8	5.0	3.19	61.4	989.2	5.3	3.41
1956	250.7	87.0	560.7	67.9	41.3	1,007.6	5.1	3.20	73.5	1,081.1	5.5	3.43
1957	269.2	87.3	586.7	70.0	44.9	1,058.1	5.2	3.31	84.5	1,142.6	5.7	3.58
1958	279.8	93.7	617.6	80.5	49.4	1,121.0	5.4	3.47	87.4	1,208.4	5.8	3.74
1959	302.0	92.5	688.6	87.8	60.4	1,231.3	5.6	3.69	93.0	1,324.3	6.1	3.97
1960	324.0	100.3	757.2	96.0	62.1	1,339.6	6.0	3.92	96.4	1,436.0	6.4	4.21
1961	344.1	103.7	836.0	103.3	67.1	1,454.2	6.3	4.15	104.5	1,558.7	6.7	4.45

SOURCE: J. J. Madden, *L'économique de la santé*, étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964.

TABLEAU 11-13 DÉPENSES EN SERVICES DE SANTÉ PERSONNELS PAR HABITANT EN DOLLARS (1957) CONSTANTS SELON LA CATÉGORIE DE DÉPENSES, ET POURCENTAGE DE LA D.N.B., CANADA, 1926-1961

Année	Services médicaux	Services dentaires	Services hospitaliers	Services de santé divers	Frais d'administration de l'assurance-maladie	Tous les services	Pourcentage de la D.N.B. par habitant	Ordonnances	Dépenses totales	Pourcentage de la D.N.B. par habitant
	(dollars)							(dollars)		
1926	11.10	2.29	17.95	4.67	0.65	36.65	3.45	—	—	—
1927	11.73	2.42	18.12	4.58	0.70	37.55	3.30	—	—	—
1928	12.14	2.58	17.74	5.06	0.70	38.21	3.14	—	—	—
1929	12.45	2.61	17.44	5.14	0.66	38.30	3.20	—	—	—
1930	11.23	2.44	17.34	4.40	0.69	36.09	3.32	—	—	—
1931	9.97	2.45	17.15	4.10	0.60	34.27	3.55	—	—	—
1932	7.39	1.98	16.17	3.07	0.51	29.13	3.40	—	—	—
1933	6.13	1.86	16.30	2.76	0.54	27.58	3.48	—	—	—
1934	5.91	1.87	17.98	2.57	0.58	28.91	3.29	—	—	—
1935	6.83	2.18	19.78	2.98	0.61	32.37	3.45	—	—	—
1936	6.87	2.19	21.21	3.11	0.67	34.05	3.51	—	—	—
1937	7.66	2.42	21.11	3.23	0.72	35.14	3.32	—	—	—
1938	8.34	2.64	22.16	3.20	0.78	37.11	3.51	—	—	—
1939	8.63	2.71	21.02	2.87	0.81	36.03	3.22	—	—	—
1940	9.40	2.90	23.54	3.44	0.82	40.10	3.16	—	—	—
1941	9.67	3.22	22.79	3.48	0.84	40.00	2.78	—	—	—
1942	9.81	3.02	23.09	3.42	0.90	40.24	2.39	—	—	—
1943	9.59	3.23	23.91	3.09	0.85	40.65	2.36	—	—	—
1944	8.83	3.46	25.54	3.07	1.12	42.02	2.38	—	—	—
1945	9.96	3.93	26.47	3.25	1.37	44.97	2.64	2.62	47.57	2.79
1946	10.91	4.62	28.27	3.57	1.74	49.11	2.99	2.97	52.08	3.17
1947	10.78	4.71	29.27	4.04	1.87	50.68	3.11	2.97	53.65	3.29
1948	10.86	4.59	29.94	3.85	1.93	51.16	3.15	2.93	54.09	3.33
1949	11.36	4.43	30.01	3.64	2.00	51.45	3.20	2.94	54.39	3.38
1950	12.73	4.56	31.45	3.72	2.15	54.59	3.24	3.11	57.70	3.42
1951	13.27	4.59	31.94	3.60	2.08	55.47	3.17	3.26	58.73	3.35
1952	13.36	4.62	32.59	3.42	2.21	56.19	3.06	3.39	59.58	3.25
1953	13.20	4.69	32.80	3.37	2.38	56.44	3.04	3.46	59.90	3.23
1954	13.37	4.87	33.82	3.54	2.51	58.11	3.33	3.56	61.67	3.53
1955	14.09	4.72	33.83	3.75	2.71	59.10	3.19	3.91	63.01	3.41
1956	15.59	5.41	34.87	4.22	2.57	62.66	3.20	4.57	67.23	3.43
1957	16.21	5.26	35.32	4.21	2.70	63.70	3.31	5.09	68.79	3.58
1958	16.38	5.49	36.16	4.71	2.89	65.63	3.47	5.12	70.75	3.74
1959	17.27	5.29	39.39	5.02	3.45	70.42	3.69	5.32	75.74	3.97
1960	18.13	5.61	42.37	5.37	3.48	74.96	3.92	5.40	80.36	4.21
1961	18.87	5.69	45.84	5.66	3.68	79.74	4.15	5.72	85.46	4.45

SOURCE: Tableau 11-12.

TABLEAU 11-14 DÉPENSES TOTALES EN SERVICES DE SANTÉ ET EN INVESTISSEMENTS HOSPITALIERS, EN DOLLARS (1957) CONSTANTS, CANADA, 1947-1961

Année	Services de santé personnels*	Services de santé générale et publique	Dépenses de santé totales	Pourcentage de la D.N.B.	Investissements hospitaliers	Toutes les dépenses		Pourcentage de la D.N.B.
						Dépenses totales	Dépenses par habitant	
	(millions de dollars)	(millions de dollars)	(millions de dollars)		(millions de dollars)	(millions de dollars)	(dollars)	
1947	673.4	38.0	711.4	3.48	56.7	768.0	61.19	3.76
1948	693.9	49.0	742.9	3.57	85.4	828.3	64.59	3.98
1949	731.4	52.0	783.4	3.62	103.4	886.8	65.95	4.10
1950	791.3	55.0	846.3	3.66	100.8	947.1	69.07	4.10
1951	822.8	59.0	881.8	3.59	97.1	978.7	69.86	3.99
1952	861.5	64.0	925.5	3.49	106.1	1,031.6	71.34	3.89
1953	889.3	70.0	959.3	3.49	131.9	1,091.2	73.51	3.96
1954	943.0	71.0	1,014.0	3.80	133.0	1,147.0	75.03	4.29
1955	989.2	77.0	1,066.2	3.67	158.1	1,224.3	77.99	4.22
1956	1,081.1	79.0	1,160.1	3.68	132.7	1,292.8	80.39	4.10
1957	1,142.6	79.0	1,221.6	3.83	130.6	1,352.2	81.41	4.24
1958	1,208.4	84.0	1,292.4	4.00	158.0	1,450.4	84.92	4.49
1959	1,324.6	86.0	1,410.6	4.22	144.4	1,555.0	88.94	4.66
1960	1,436.1	90.0	1,526.1	4.47	145.2	1,671.3	93.53	4.89
1961	1,558.7	91.0	1,649.7	4.71	163.9	1,813.6	99.44	5.18

* Y compris les ordonnances.

SOURCE: Tableaux 11-4, 11-5 et 11-12.

santé dans notre société. Comme la population canadienne a presque doublé de 1926 à 1961 (augmentation de 9.5 à 18.2 millions d'habitants), il y aurait lieu de s'attendre que les dépenses en services de santé, à supposer que tous les autres facteurs demeurent constants, doublent également. En outre, cependant, comme la longévité des Canadiens a augmenté, la proportion de vieillards dans la population s'est accrue de 4.8 p. 100 dans les premières années 1920 à 7.8 p. 100 en 1961. L'augmentation de la proportion des vieillards est en train de ralentir, mais elle a eu pour effet d'accroître la tranche de la population qui est plus portée à être gravement malade et, ainsi, à avoir plus besoin de services de santé. Nous avons déjà noté l'augmentation de l'incidence de certaines maladies par suite du vieillissement de notre population, et nous avons établi des prévisions relatives aux frais occasionnés par ces maladies en 1961[1]. Nous n'avons pu mesurer les repercussions du vieillissement de la population sur les dépenses totales de la santé, mais nous croyons, à cause de l'ampleur de l'augmentation en pourcentage, qu'elles n'ont pas été très considérables. Le groupe des très jeunes a aussi grandi en importance ces dernières années; c'est un groupe qui est aussi un consommateur relativement important de services de santé, mais la répercussion de ce changement sur les services de santé est aussi inconnue.

On peut voir au tableau 11-15 les effets de l'augmentation de la population totale sur les dépenses de santé. Au cours des trente-cinq ans, de 1926 à 1961, alors que les dépenses en services de santé personnels ont progressé au taux moyen de 6.7 p. 100, la croissance de la population a été de 1.9 p. 100, soit environ 30 p. 100 de l'ensemble. C'est un apport considérable, bien entendu, mais il s'est le plus fait sentir dans la période antérieure à 1945, plutôt que dans la période d'après-guerre. Ainsi, au cours des années 1926-1944, alors que le taux moyen d'augmentation des dépenses totales a été de 2 p. 100 par année, l'augmentation de la population a été de 1.3 p. 100 (presque les deux tiers de la croissance totale). Au cours des années 1945-1961, même si elle a atteint 2.6 p. 100, l'augmentation de la population n'a répondu que pour environ le quart du taux (11.8 p. 100) de la croissance totale.

Dépenses de santé par habitant

Les dépenses en services de santé personnels par habitant ont progressé rapidement de 1926 à 1961, à cause de l'augmentation de la consommation moyenne et du renchérissement des divers services de santé. Comme on le voit au tableau 11-2, la valeur des services de santé personnels reçus par chaque Canadien a quintuplé pendant ces trente-cinq ans (passant de $17.59 à $88.41); le total a atteint $94.52 en 1961 si l'on y inclut les ordonnances et les services de santé publique.

La propension des Canadiens à utiliser une somme croissante de soins hospitaliers, de services médicaux et dentaires, de médicaments et d'autres

[1] Voir aussi chapitre 5.

services de santé chaque année, a fait augmenter la consommation par habitant des services de santé, consommation qui a répondu à peu près dans la même proportion du taux de croissance d'avant et d'après la guerre (entre 35 et 40 p. 100). Il s'est produit, cependant, une augmentation frappante de la consommation de services de santé depuis la guerre puisque, comme le montre le tableau 11-17, le Canadien moyen a reçu, durant la période 1926-1944 seulement, 0.7 p. 100 plus de services de santé chaque année, alors que dans l'après-guerre, l'augmentation moyenne annuelle du *volume* des services reçus a atteint 3.7 p. 100. La production de l'industrie des services de santé, ainsi que la consommation réelle par habitant, se voient aux tableaux 11-12 et 11-13 qui présentent les approximations en dollars (1957) constants ou les prévisions de la consommation totale et par habitant de divers services de santé personnels. Entre 1926 et 1961, la production réelle totale de l'industrie a presque quadruplé, passant de 346 millions à 1,454 millions de dollars, et la consommation par habitant s'est accrue de $36.65 à $79.74, ce qui indique que le Canadien moyen a plus que doublé sa consommation de services de santé personnels durant la période, tandis que ses dépenses ont presque quintuplé. Si l'on inclut les ordonnances dans la consommation personnelle, la production *réelle* a presque triplé depuis la guerre (passant de 575 à 1,559 millions de dollars), soit 4.4 p. 100 de la D.N.B. Par habitant, l'augmentation a été de $47 à $85. Si l'on incluait les services de santé publique et les services de santé généraux, ainsi que les investissements dans les hôpitaux, comme on peut le voir au tableau 11-14, la dépense totale et réelle en matière de santé serait de l'ordre de $1,814 millions de dollars en 1961, soit 5.2 p. 100 de la D.N.B. La dépense par habitant s'élèverait alors à $99.44[1].

Le prix des services de santé

Le prix des services de santé, comme on peut le voir aux tableaux 11-11 et 11-15, n'a guère varié dans l'ensemble de la période de 1926 à 1945; il a augmenté lentement jusqu'en 1929, a fléchi jusqu'en 1934 et n'a atteint son sommet antérieur en moyenne, qu'à la fin de la seconde Grande Guerre. A partir de 1945, les prix de tous les services de santé ont constamment progressé et ont répondu pour 5 p. 100 environ du taux de croissance totale de la dépense de santé personnelle ou pour presque 45 p. 100. Cependant, il est à noter que, même si l'indice des prix des services de santé personnels a monté d'environ 50 durant la période qui a précédé immédiatement la grande crise économique à 100 en 1957, l'indice synthétique des prix de la D.N.B. a aussi progressé à peu près autant.

Bien que le prix moyen des services de santé se soit accru rapidement, le taux d'augmentation s'est ralenti, particulièrement depuis quelques années.

[1] Bien qu'il n'existe pas de données suffisantes pour calculer la dépense réelle pour la recherche, la formation sanitaire et les installations pour la formation sanitaire, il est probable que pour l'année 1961 les débours réels pour ces services n'ont pas dépassé vingt millions de dollars, soit l'équivalent de 0.2 à 0.3 p. 100 de la D.N.B., et que celle-ci n'en aurait pas été modifiée d'une façon sensible.

TABLEAU 11-15 CONTRIBUTION APPROXIMATIVE AU TAUX D'AUGMENTATION DE LA DÉPENSE TOTALE EN SERVICES DE SANTÉ PERSONNELS ET EN INVESTISSEMENTS HOSPITALIERS, CANADA, CERTAINES PÉRIODES, 1926-1961

(Pourcentages)

Période	Population	Prix	Consommation par habitant	Total
Services de santé personnels (sans les ordonnances)				
1926-1944	1.3	−0.1	0.8	2.0
1945-1961	2.6	5.1	3.7	11.8
1926-1961	1.9	2.4	2.3	6.7
Services de santé personnels (y compris les ordonnances)				
1945-1961	2.6	4.9	3.8	11.7
Dépense totale (tous les services de santé)				
1947-1961	2.7	4.7	3.5	11.3

SOURCE: J. J. Madden, *L'économique de la santé*, étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964.

comme le montre le tableau 11-16. Au cours de la période de 1945-1949 à 1957-1961, la contribution du renchérissement au taux de croissance de la dépense totale en services de santé a diminué durant chaque quinquennat

TABLEAU 11-16 CONTRIBUTION APPROXIMATIVE AU TAUX D'AUGMENTATION DE LA DÉPENSE TOTALE EN SERVICES DE SANTÉ ET EN INVESTISSEMENTS HOSPITALIERS, CANADA, CERTAINS QUINQUENNATS, 1945-1961*

(Pourcentages)

Période	Population	Prix	Consommation par habitant	Total
1945-1949	2.7	7.4	5.4	16.3
1950-1954	2.7	5.7	2.2	10.9
1955-1959	2.7	3.9	3.5	10.4
1957-1961	2.4	2.5	5.1	10.3
1945-1961	2.6	4.9	3.9	11.8

* Comprend les dépenses approximatives en services de santé publique pour l'année 1945 (non comprises au tableau 11-18).

SOURCE: J. J. Madden, *L'économique de la santé*, étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964.

et l'apport de la consommation par habitant a eu tendance à s'accroître. Dans les années 1950-1954, sur la progression totale de 10.9 p. 100 par année, la montée due aux variations des prix a été de 5.7 p. 100. Durant la période 1957-1961, sur la progression totale de 10.3, la montée causée par les fluctuations des prix s'est chiffrée par 2.5 p. 100.

Nous avons examiné les grands facteurs qui ont directement influé sur l'augmentation de la dépense en services de santé, et nous avons noté la variation de l'importance de chacun depuis une génération. Même sans la fluctuation des prix ou de la consommation personnelle, les dépenses totales auraient augmenté de presque 2 p. 100 chaque année, de 1926 à 1961, par suite de l'accroissement de la population qui, conjugué avec l'avance de la consommation par habitant, aurait déterminé une augmentation de 4.2 p. 100 par année. Durant l'après-guerre, la montée des prix a beaucoup contribué, il est vrai, à faire progresser la dépense, mais l'accroissement de la population et l'augmentation de la consommation par habitant ont répondu pour une progression moyenne de 6.4 p. 100 par année; le pourcentage serait encore plus élevé s'il était tenu compte des ordonnances et des services de santé publique. A long terme, et étant donné les subventions à la santé, l'augmentation des prix des services de santé et leur consommation par habitant n'a pas été beaucoup plus forte que celle des autres catégories de la consommation et des autres prix; c'est un fait qu'on tend à ne pas voir si on concentre son attention sur l'évolution des dépenses de santé dans l'après-guerre. Comme le montre le tableau 11-17, la moyenne d'augmentation des prix des services de santé et de leur consommation par habitant au cours de 1926-1961 a avoisiné d'assez près celui de la D.N.B. et de la dépense personnelle totale, et c'est la situation d'après-guerre qui explique la différence.

DÉPENSES AFFECTÉES AUX DIVERS SERVICES DE SANTÉ PERSONNELS

Il en est des dépenses de services de santé personnels comme des dépenses totales de santé. Les tableaux 11-1 et 11-9 montrent la variation des taux auxquels les dépenses de services de santé personnels ont progressé de 1926 à 1961. Les dépenses en services hospitaliers sont passées de 52 millions à 924 millions; les services médicaux, de 65 à 383 millions; les services dentaires, de 19 à 119 millions; les services divers, de 27 à 115 millions; et les frais d'administration de l'assurance-maladie, de 3 à 72 millions. Entre 1945 et 1961, les dépenses en ordonnances[1] ont augmenté

[1] Les ordonnances (voir tableaux 11-1 et 11-9) comprennent les produits pharmaceutiques prescrits par le médecin et achetés dans les établissements de détail. Les chiffres ne comprennent donc pas les médicaments prescrits et fournis directement par les hôpitaux, par d'autres institutions et par les médecins eux-mêmes. Voilà pourquoi les chiffres relatifs aux ordonnances dont il est question ci-dessus couvrent une plus petite tranche des ordonnances que les prévisions qui sont présentées au chapitre 9 et qui portent sur tous les médicaments.

d'environ 23 millions à 111 millions, tandis que, de 1947 à 1961, les dépenses en services de santé publique sont passées de 21 à 105 millions. Ce sont les frais d'administration de l'assurance-maladie et les dépenses en services hospitaliers qui ont grandi le plus rapidement, soit de plus de 8 p. 100 par année; les dépenses d'ordre médical et dentaire ont progressé un peu moins rapidement (un peu plus de 5 p. 100 par année); les autres dépenses ont augmenté à un rythme d'un peu plus de 4 p. 100.

Il y a eu, cela va de soi, des fluctuations dans la tendance à longue échéance des dépenses pour les divers services. Les services médicaux se sont élevés à 77 millions en 1929, mais ont baissé à moins de la moitié de ce montant en 1934, et n'ont pas dépassé le sommet précédent avant 1946, soit 17 ans plus tard. Les services dentaires et les autres services de santé ont fléchi d'environ 50 p. 100 durant le grand marasme économique; les premiers sont remontés à leur sommet précédent en 1943, mais les seconds ne l'ont pas atteint avant 1947. Les services hospitaliers n'ont reculé que légèrement durant le marasme économique; ils ont ensuite rapidement repris le terrain perdu et en 1934 ont dépassé leur sommet antérieur. Depuis la fin de la guerre, tous les services de santé ont augmenté à un rythme rapide. Le tableau 11-9 fournit aussi des données sur les variations des moyennes d'augmentation durant les diverses sous-périodes. Ainsi, avant et après la guerre, les dépenses hospitalières et les frais d'administration de l'assurance-maladie ont augmenté le plus rapidement, tandis que les dépenses en services médicaux et dentaires n'ont progressé à un rythme rapide dans l'après-guerre.

Ces variations du taux de croissance des divers services de santé personnels n'ont pas été les mêmes pour tous les services de santé, et ceci s'est reflété dans les fluctuations de la composition des dépenses de consommation en services de santé (voir tableau 11-3). En 1926, les services médicaux ont répondu pour la majeure partie des dépenses de consommation (39 p. 100); venaient ensuite les services hospitaliers (31 p. 100), les services divers (16 p. 100), les services dentaires (12 p. 100) et les frais d'administration de l'assurance-maladie (2 p. 100). Entre 1930 et 1934, le pourcentage des dépenses de consommation affectées aux services médicaux, dentaires et aux divers services de santé a baissé de 66 à 50 p. 100, et celui des dépenses en services hospitaliers a augmenté à 48 p. 100. La tendance s'est légèrement renversée en 1935-1942, alors que les services médicaux et dentaires se sont accrus plus rapidement que les services hospitaliers, mais, dans la suite jusqu'en 1954, la proportion consacrée aux soins médicaux s'est contractée, tandis que le pourcentage affecté aux services hospitaliers a progressé. En 1954, les soins hospitaliers figuraient pour environ 57 p. 100 des dépenses contre 24 p. 100 dans le cas des soins médicaux. La contraction des dépenses a aussi été marquée dans les services dentaires et divers, qui avaient reculé à 8.4 p. 100 et 6.3 p. 100 respectivement en 1954.

En 1954, ce changement à long terme s'est momentanément renversé, mais il a repris en 1959 et, en 1961, les soins hospitaliers ont répondu pour 57.3 p. 100 de toutes les dépenses en services de santé personnels, et les services médicaux pour 23.8 p. 100. Si l'on inclut les médicaments dans

TABLEAU 11-17 VARIATIONS EN POURCENTAGE, ANNUELLES ET MOYENNES, DES DÉPENSES EN SERVICES DE SANTÉ PERSONNELS, DÉPENSES PERSONNELLES TOTALES ET DÉPENSE NATIONALE BRUTE EN DOLLARS COURANTS ET EN DOLLARS (1957) CONSTANTS, CANADA, CERTAINES PÉRIODES, 1926-1961

Période	Dépenses en services de santé personnels*				Dépenses personnelles totales			
	Dépenses totales		Dépenses par habitant		Dépenses totales		Dépenses par habitant	
	Dollars courants	Dollars (1957) constants	Dollars courants	Dollars (1957) constants	Dollars courants	Dollars (1957) constants	Dollars courants	Dollars (1957) constants
1926–1929	5.1	3.5	3.0	1.5	9.2	8.9	7.2	5.1
1930–1934	−9.2	−4.3	−10.7	−5.7	−8.2	−2.8	−3.5	−4.1
1935–1939	4.8	3.6	3.8	2.7	4.5	3.0	3.6	2.4
1940–1944	4.6	2.4	3.3	1.2	8.7	4.5	7.4	3.4
1945–1949	14.7	6.2	11.5	3.4	11.9	3.7	8.9	0.9
1950–1954	10.6	4.4	7.5	1.6	7.6	3.8	4.7	1.0
1955–1959	11.6	7.3	8.6	4.5	6.7	4.3	3.8	1.5
1957–1961	11.1	8.2	8.5	5.8	5.1	3.5	2.6	1.3
1926–1944	2.0	2.1	0.7	0.7	3.2	2.9	2.0	1.6
1945–1961	11.8	6.3	9.0	3.7	8.3	3.9	4.5	1.3
1926–1961	6.7	4.1	4.7	2.2	5.7	3.5	3.8	1.6

Période	Dépense nationale brute			
	Dépenses totales		Dépenses par habitant	
	Dollars courants	Dollars (1957) constants	Dollars courants	Dollars (1957) constants
1926–1929	6.0	6.1	3.9	4.0
1930–1934	−9.5	−4.8	−10.9	−6.4
1935–1939	6.9	5.6	5.8	4.6
1940–1944	15.1	9.9	13.8	8.5
1945–1949	8.4	1.3	5.4	−1.4
1950–1954	8.4	3.6	5.3	1.0
1955–1959	6.5	3.4	3.1	0.8
1957–1961	3.9	2.2	1.6	0.0
1926–1944	4.7	4.2	3.4	2.8
1945–1961	7.4	3.4	4.7	1.1
1926–1961	5.8	3.7	3.9	1.7

* Sans les ordonnances.

SOURCE: D'après les tableaux 11-1 et 11-12, et Bureau fédéral de la statistique, *Comptes nationaux, revenus et dépenses*, 1926-1962, Ottawa, Imprimeur de la Reine.

l'ensemble des dépenses, en 1961, ces derniers y figuraient pour 6.5 p. 100, tandis que les dépenses hospitalières y formaient 53.6 p. 100 et les dépenses médicales, 22.2 p. 100. L'augmentation du pourcentage affecté aux soins hospitaliers reflète le rôle important des hôpitaux dans la médecine moderne, ainsi que l'établissement du Régime national d'assurance-hospitalisation grâce auquel beaucoup de Canadiens ont pu obtenir des soins hospitaliers qui ne leur étaient pas auparavant accessibles.

Ressources et dépenses de santé

Nous avons déjà mentionné l'augmentation continue des dépenses en services de santé, alors que les dépenses affectées à certains autres services ont eu tendance à ralentir; nous en avons attribué la cause en partie aux facteurs particuliers qui ont influé sur la demande de services de santé. Il faut aussi reconnaître que l'évolution de l'offre de services de santé a influé, par suite de ses répercussions sur le prix des services de santé, sur le taux d'augmentation de l'ensemble des dépenses. Devant la demande toujours élevée de soins de santé, le prix des divers services de santé a dépendu de la facilité avec laquelle l'offre de certains effectifs et investissements de santé pouvait s'amplifier et de la possibilité de mieux utiliser les ressources de santé déjà existantes.

En règle générale, tant que l'offre peut se développer à l'unisson de la demande, le prix des services tend à varier, mais peu, et la dépense en services de santé par habitant augmente surtout à mesure que la consommation personnelle progresse. Si l'offre tend à retarder sur la demande, les prix sont susceptibles de s'accroître suffisamment, s'ils ne sont pas bloqués ou si le grand nombre des usagers ne se traduit pas par un rationnement, pour assurer la répartition de ces ressources rares entre tous ceux qui veulent se les procurer. À cause de la longueur du temps que demande l'expansion du personnel professionnel et du stock de capital de l'industrie de la santé, il n'est pas étonnant que le prix des services de santé et, partant, les dépenses en services de santé, tendent à monter plus vite quand la demande est aussi en progression rapide.

Nous allons maintenant examiner les fluctuations des prix et de la consommation par habitant des services de santé personnels. Compte tenu des limitations de la statistique en ce qui concerne en particulier l'avant-guerre, il ressort du tableau 11-18 que la consommation de soins hospitaliers par habitant a augmenté entre 1926 et 1944, tandis que les dépenses réelles par habitant en soins médicaux et en services de santé divers ont diminué. La consommation de services dentaires par habitant semble avoir augmenté, mais pas autant peut-être que l'indiquent les données, à cause de la statistique limitée dont on dispose sur les prix des services dentaires. Le recours aux services hospitaliers a augmenté d'environ 2 p. 100 par année, tandis que celui des services médicaux a baissé d'à peu près 1.3 p. 100 par année. Dans l'après-guerre, la consommation par habitant de tous les services a beaucoup augmenté: médicaments, environ 5 p. 100 par année; services médicaux,

TABLEAU 11-18 CONTRIBUTION APPROXIMATIVE AU TAUX DE CROISSANCE DES DÉPENSES EN CERTAINS ÉLÉMENTS DES SOINS DE SANTÉ, CANADA, CERTAINES PÉRIODES, 1926-1961

(pourcentages)

Période	Variation de la population	Fluctuation des prix	Consommation réelle par habitant	Taux général d'augmentation
Services médicaux				
1926-1944	1.3	0.1	−1.3	0.1
1945-1961	2.6	3.5	4.1	10.6
1926-1961	1.9	1.7	1.5	5.2
1945-1949	2.7	4.8	3.4	11.3
1950-1954	2.8	4.4	1.3	8.7
1955-1959	2.7	3.7	5.3	12.1
1957-1961	2.4	2.6	3.9	9.2
Services dentaires				
1926-1944	1.3	−2.1	2.3	1.5
1945-1961	2.6	3.9	2.2	9.0
1926-1961	1.9	0.7	2.6	5.3
1945-1949	2.7	3.2	3.7	9.9
1950-1954	2.8	4.5	2.9	9.3
1955-1959	2.7	3.9	3.0	9.9
1957-1961	2.4	3.4	2.0	8.0
Services hospitaliers				
1926-1944	1.3	1.2	1.9	4.5
1945-1961	2.6	6.5	3.4	13.0
1926-1961	1.9	3.7	2.7	8.5
1945-1949	2.7	10.8	3.4	17.7
1950-1954	2.8	7.2	1.8	12.2
1955-1959	2.7	4.3	3.8	11.2
1957-1961	2.4	2.6	6.6	12.0
Services de santé divers				
1926-1944	1.3	0.1	−2.3	−0.9
1945-1961	2.6	3.5	3.6	10.0
1926-1961	1.9	1.7	0.6	4.2
Ordonnances				
1945-1961	2.6	2.3	5.0	10.2
1957-1961	2.4	1.6	3.1	7.2
Santé générale et publique				
1947-1961	2.7	5.1	3.0	11.2
Construction d'hôpitaux				
1926-1944	1.3	—	—	—
1945-1961	2.6	5.0	5.8	13.9
1926-1961	1.9	—	—	—

SOURCE: D'après les tableaux 11-1, 11-4, 11-5, 11-9 et 11-11.

environ 4 p. 100; services hospitaliers et divers, environ 3.5 p. 100; et services dentaires, environ 2.2 p. 100.

A l'exception des soins hospitaliers (augmentation de 1.2 p. 100) et des services dentaires (diminution de 2.1 p. 100), le prix des services de santé n'a guère évolué de 1926 à 1944. Dans l'après-guerre, le prix des services hospitaliers a augmenté très vite au taux moyen annuel d'environ 6.5 p. 100, tandis que les prix des services dentaires ont renchéri au taux moyen de 3.9 p. 100, les prix des services médicaux, d'environ 3.5 p. 100, et les ordonnances médicales, d'environ 2.3 p. 100. Comme les prix de tous les services se sont accrus au taux moyen de 3.9 p. 100 par année dans l'après-guerre, le prix des services gouvernementaux (d'après l'augmentation du prix des biens et services achetés par les gouvernements) a progressé de 4.6 p. 100, et le prix des biens en immobilisation a monté de 4.9 p. 100, il est manifeste que les prix des services de santé, sauf les services hospitaliers, n'ont pas augmenté plus vite que ceux d'une grande foule d'autres biens et services (voir tableau 11-11).

En outre, bien que le taux d'augmentation des dépenses affectées aux services de santé personnels ait été élevé à cause de l'accroissement de la population, de la fluctuation des prix et de l'augmentation de la consommation par habitant, c'est sans aucun doute le dernier facteur qui a le plus contribué à maintenir le taux de croissance à un niveau élevé (voir tableau 11-18). L'augmentation des prix a aussi ralenti, de sorte que les prix d'hospitalisation, qui ont progressé d'environ 11 p. 100 par année durant le quinquennat 1945-1949, ne s'accroissaient qu'au rythme de 2.6 p. 100 par année en 1957-1961. Les prix des services médicaux ont aussi vu leur taux de croissance ralentir de 4.8 p. 100 par année à 2.6 p. 100, tandis que les prix des services dentaires, qui n'avaient pas augmenté aussi rapidement dans les années du lendemain de la guerre, ont continué de s'élever à peu près au même taux moyen de 3.4 p. 100. L'importance grandissante de la consommation par habitant se voit dans le cas de la plupart des services de santé; l'augmentation est le plus marquée pour les services hospitaliers (de 3.4 à 6.6 p. 100) qui sont suivis des services médicaux (3.4 à 3.9). Seuls les services dentaires semblent avoir accusé un ralentissement du taux d'augmentation de la consommation à partir du lendemain de la guerre (de 3.7 à 2 p. 100 par année).

Médecins et disponibilité des soins médicaux

Les variations du taux de croissance moyen de la consommation par habitant, étant donné la progression de la demande de services de santé en général, se rattachent dans une grande mesure aux disponibilités du capital et du personnel de santé. Ainsi, par exemple, la consommation de presque tous les services hospitaliers, des ordonnances et des services médicaux dépend de l'effectif de médecins et de leur productivité. Au lendemain de la guerre, les études médicales accélérées adoptées durant la guerre, ainsi que la rentrée des médecins militaires dans la vie civile, ont accru l'effectif de médecins et

permis une augmentation de la consommation de services médicaux par habitant malgré l'accroissement de la population. Depuis cette époque, trois autres facteurs ont permis une expansion des services médicaux. Le premier a été l'afflux des anciens combattants dans les écoles de médecine, afflux qui a augmenté le personnel dans les premières années de la décennie 1950-1960. Le deuxième a été le nombre considérable de médecins étrangers qui ont immigré au Canada depuis le milieu de la décennie 1950-1960 et qui ont plus que contrebalancé le nombre de médecins émigrés aux États-Unis[1]. Le troisième a été la production accrue et les heures de travail plus longues du médecin.

La croissance de l'effectif des médecins est manifeste puisque leur nombre s'est accru du tiers entre 1951 et 1961, et que le rapport médecins/population a baissé de 976 à 869 personnes par médecin entre 1951 et 1961. On nous a également fait valoir que les médecins travaillent en moyenne durant de plus longues heures aujourd'hui qu'avant la guerre, ce qui fait que le médecin assure plus de services par année. Un facteur également important, semble-t-il, est la productivité accrue des médecins par suite de la transformation intervenue dans le caractère de l'exercice de la médecine, transformation qui met davantage l'accent sur la consultation au cabinet ou à l'hôpital et qui réduit le nombre de visites à domicile. C'est une tendance qu'ont facilitée trois facteurs: plus nombreux sont les malades qui ont une voiture; on se sert davantage du téléphone pour les consultations; et les services de santé se sont améliorés grâce à l'utilisation d'un vaste matériel moderne et d'un nombreux personnel spécialisé pour le diagnostic et le traitement des affections. Même s'il demeure surtout indépendant, le médecin a accru sa productivité en utilisant davantage le concours d'un personnel infirmier et profane dans sa pratique privée. Cependant, sa situation est presque unique dans notre société par suite du fait qu'il a accès à de très grandes quantités de capital humain et physique dans les hôpitaux, dont il fournit peu lui-même, mais que met à sa disposition l'ensemble de la société. Y font exception la pratique en groupe et les centres privés de radiologie, mais ces derniers sont encore relativement peu nombreux au Canada et la productivité des médecins a beaucoup progressé, grâce aux installations hospitalières auxquelles ils ont accès. Les médecins peuvent maintenant traiter plus de malades, pratiquer plus d'opérations et assurer plus de services diagnostiques par année, c'est-à-dire donner plus de soins médicaux chaque année à un nombre croissant de Canadiens.

C'est une conclusion que justifient les données du tableau 11-19. Le point le plus important qui se dégage des prévisions est la tendance, c'est-à-dire l'indice de la production par médecin[2]. Comme les médecins ne travaillaient pas à plein rendement en 1931, une partie de la production accrue des dernières années 1930 et des premières années 1940 tient à l'utilisation plus complète du temps des praticiens. La production par médecin n'a cessé de

[1] Voir aussi chapitre 7.

[2] Les prévisions de la première période se fondent sur des données partielles. Elles servent à indiquer des tendances plutôt que des grandeurs absolues.

TABLEAU 11-19 PRODUCTION APPROXIMATIVE DES MÉDECINS ET DES DENTISTES, CERTAINES ANNÉES, CANADA, 1931-1961

Année	Médecins				Dentistes			
	Nombre de médecins*	Production réelle	Production par médecin	Nombre-indice	Nombre de dentistes	Production réelle	Production par dentiste	Nombre-indice
		Millions de dollars (1957) constants	dollars (1957) constants			Millions de dollars (1957) constants	dollars (1957) constants	
1931	8,160	103.5	12,683	100	4,039	25.4	6,288	100
1941	8,900	111.3	12,505	98	4,210	37.0	8,809	140
1951	10,750	185.9	17,293	136	4,912	64.3	13,090	208
1961	15,550	344.1	22,200	175	5,865	103.7	17,681	281

* Nombre approximatif de médecins qui assurent des services de santé personnels. Sont compris les médecins à temps partiel exerçant à titre privé et les médecins salariés, mais non les médecins du secteur de la santé publique, etc.

SOURCE: J. J. Madden, *L'économique de la santé*, étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964.

s'accroître depuis, à mesure que les progrès d'ordre technique et institutionnel ont exercé leurs effets.

Dentistes et disponibilité des services dentaires

Nous avons noté que le volume des services dentaires a moins augmenté que celui des services médicaux ou hospitaliers. Cela tient avant tout à ce que l'effectif des dentistes n'a pas suivi l'accroissement de la population à cause de la lenteur de l'augmentation du nombre de diplômés à sortir des écoles d'art dentaire et du très faible taux d'immigration des dentistes[1]. Par contre, comme l'indique le tableau 11-19, la production moyenne des dentistes est en progression parce qu'ils utilisent plus de matériel ainsi que des matières et des techniques nouvelles. En outre, le concours des aides-dentistes, des techniciens-dentistes et d'autres effectifs permet aux dentistes d'augmenter davantage leur productivité, même si l'art dentaire s'exerce surtout en cabinet.

Disponibilité des services hospitaliers

L'augmentation rapide du nombre de lits d'hôpital a de même facilité l'emploi de services hospitaliers. Au lendemain de la guerre, les lits d'hôpital n'étaient pas tous utilisés, comme le montrent les taux d'occupation de la période, ce qui a permis de répondre dans une certaine mesure à la

[1] Voir aussi chapitre 7.

demande grandissante de soins hospitaliers. La capacité s'est aussi accrue par suite de la diminution du séjour en hôpital du malade moyen, qui a baissé un peu durant l'avant-guerre et dans les débuts de l'après-guerre. La diminution du séjour a cessé dans les années 1950. De nouvelles constructions et la rénovation de vieux hôpitaux ont aussi apporté un nombre croissant de lits. Cette expansion des dépenses en immobilisations a fait augmenter constamment le volume des soins hospitaliers, tout comme la consommation par habitant[1].

D'autre part, les progrès techniques et scientifiques ont permis aux hospitalisés d'utiliser plus de services de diagnostic, de radiologie et de laboratoire, de nouvelles méthodes de chirurgie, des services de réadaptation très efficaces et des services sociaux. Tous ces progrès ont accru la productivité des hôpitaux pour ce qui est de pouvoir sauver les vies et de réduire la durée de la morbidité, mais ils comportent tous une augmentation des installations spécialisées et du nombre de praticiens et des aides semi-professionnels. L'hôpital moderne du Canada s'est agrandi pour fournir toutes ces installations, et le consommateur a pu accroître non seulement sa consommation réelle de soins hospitaliers, mais aussi sa consommation de services en une même journée de soins. De même, l'effectif d'infirmières professionnelles, d'aides-infirmières, de laborantines spécialisées et de physiothérapeutes, pour n'en nommer que quelques-uns, a augmenté à un rythme suffisant pour permettre la consommation de services rendus par ces spécialistes. Entre 1948 et 1960, le rapport de l'ensemble du personnel hospitalier aux malades a monté de 1.27 à 2.01.

Que le nombre d'effectifs employés dans les hôpitaux par rapport au nombre de malades traités ait augmenté ne signifie pas que la productivité des hôpitaux a baissé. Comme nous l'avons noté, le malade bénéficie en moyenne aujourd'hui de plus de services durant le séjour moyen, et ce seul fait exigerait plus d'effectifs pour chaque malade. Il ne faut pas oublier non plus que l'augmentation du capital hospitalier, humain et matériel, est intervenue en partie pour répondre à la nécessité d'accroître la productivité des médecins. Le temps relativement long qu'exige la formation du médecin à notre époque de spécialisation oblige à économiser ces effectifs rares et coûteux. Comme pour beaucoup d'autres professions, on y est parvenu en recourant davantage au matériel et au personnel paramédical. Pour les services de santé, cela se traduit par la concentration des soins dans l'hôpital (et, dans une moindre mesure, au cabinet du médecin) où capital et personnel sont disponibles. Le passage des services médicaux aux services hospitaliers intervenu dans les dépenses de consommation, glissement que nous avons déjà repéré, a été suscité par la profession médicale elle-même qui a cherché à répondre à la demande des consommateurs et à appliquer les progrès de la science et de la technique dans le domaine médical et paramédical.

[1] Voir chapitre 8. De 1948 à 1961, les admissions à l'hôpital pour 1,000 habitants ont augmenté de 111 à 149 tandis que les jours de soins pour 1,000 habitants ont monté de 1,318 à 1,678.

Médicaments et autres éléments de santé

Ce que nous avons dit des soins médicaux, dentaires et hospitaliers vaut aussi dans une grande mesure pour les ordonnances et les autres éléments de santé. La consommation de ces servcies de santé a augmenté, ce qui a entraîné une augmentation de la dépense. D'un autre côté, la croissance de la productivité a eu tendance à limiter l'augmentation des prix malgré une demande accrue. Les progrès de la science et de la technique dans la production en série des antibiotiques et d'autres médicaments permettent aux Canadiens de consommer une plus grande variété et une somme plus considérable de médicaments vendus sur l'ordonnance du médecin. Ceci n'aurait pas été possible si ces progrès avaient été plus restreints. L'expansion de l'assurance-maladie a occasionné une augmentation des frais d'administration pour les régimes publics et privés d'assurance-maladie. Bien que la statistique insuffisante rende difficile l'évaluation de la productivité dans ce domaine, on nous a fait voir que l'utilisation accrue d'ordinateurs électroniques a maintenu à un bas niveau les frais d'administration des régimes de santé.

L'emploi accru de matériel et de personnel spécialisé semble avoir augmenté la productivité de la prescription et de la fabrication des lunettes, des soins donnés par les chiropraticiens et les ostéopathes et de la fabrication des appareils de prothèse. Le recours accru à l'automobile et au téléphone a amélioré la productivité des organismes de soins à domicile. Dans tous ces domaines, le renchérissement des services de santé a été moindre qu'il n'aurait été à cause de l'accroissement de la productivité.

Expansion des ressources de la santé

Nous avons été impressionnés devant le succès obtenu par l'expansion de l'offre de services de santé grâce à la collaboration des pouvoirs publics, de l'industrie, des professions et du public. Certes, les services de santé ont renchéri, mais le renchérissement a ralenti par suite de l'expansion de l'offre. La baisse aurait été plus marquée sans l'extension des services des médecins et de l'application de l'assurance-hospitalisation à de nouvelles parties de la population et la couverture de dépenses qui n'étaient pas encore assurées, en particulier au bénéfice de vieillards, des malades chroniques et des femmes enceintes. En fait, le renchérissement a joué un rôle extrêmement utile qu'on oublie souvent. Il a déterminé une production accrue de services de santé en attirant plus d'effectifs dans cette industrie particulière, et en stimulant l'établissement et l'application de nouvelles techniques qui ont permis d'accroître la productivité. Sans le renchérissement des services, qu'il s'agisse d'une journée de soins hospitaliers, d'une opération, d'une visite chez le médecin ou le dentiste, il aurait été difficile de retenir et encore plus d'attirer le personnel nécessaire aux hôpitaux, aux cliniques et aux cabinets de médecins et de dentistes. En ce sens, le renchérissement tient en grande partie à la demande plutôt qu'aux frais. L'augmentation du revenu et le stimulant assuré par l'expansion de l'assurance publique et privée, ainsi que

les subventions publiques, ont suscité une demande sans cesse accrue de services médicaux et hospitaliers. En outre, le transfert de l'individu à la société d'une grande partie des frais directs des soins hospitaliers, surtout par la substitution de l'impôt au paiement direct, a permis d'acheter d'autres services de santé—la prestation d'un ensemble plus complet d'avantages—ou la consommation de plus de services médicaux ou d'autres services de santé. Cette tendance de la croissance de la demande a fait monter les prix et a, partant, réussi à attirer des ressources supplémentaires vers l'industrie.

C'est surtout, semble-t-il, l'augmentation de la demande de services hospitaliers plus nombreux et de meilleure qualité, puis le consentement à dépenser des sommes toujours plus fortes en services de santé qui a permis aux hôpitaux de relever les salaires et d'améliorer en général les conditions de travail, en établissant la semaine de 40 heures, des congés payés et des bénéfices marginaux, tels que les régimes de retraite et d'assurance-maladie. Sans ces améliorations, les hôpitaux n'auraient pu attirer le personnel mieux instruit et plus compétent nécessaire pour dispenser les meilleurs soins de santé réclamés par le public. Les occasions d'un emploi relativement plus attrayant qui s'offraient au personnel de santé aux États-Unis et en Grande-Bretagne, ainsi que, dans d'autres professions telles que l'enseignement et le secrétariat, aux futurs praticiens de la santé, et à d'autres effectifs dans l'industrie en général n'auraient pas permis de garder le personnel et d'attirer un personnel qualifié d'Europe ou de nouveaux débutants dans l'industrie. Les salaires augmentent le plus fréquemment dans les industries où la productivité est en progression et où la demande de production se maintient à un haut niveau. Il en est ainsi dans l'industrie hospitalière. Ce que nous avons dit du personnel hospitalier vaut aussi pour le personnel médical et dentaire. Afin d'attirer des médecins d'Europe ou de retenir chez nous nos médecins et nos dentistes, et d'attirer des étudiants dans des professions qui exigent une longue et difficile formation, il a fallu offrir une rémunération qui compense le placement en capital humain et qui, à tout le moins, avoisine le gain qui pourrait se réaliser ailleurs. Les services de santé ont renchéri devant l'augmentation rapide de la demande. Cependant, le renchérissement a été freiné par l'expansion du capital humain et matériel, et par les innovations d'ordre scientifique, technique et institutionnel, qui ont fort accru la productivité.

Nous devons ici encore souligner le rôle considérable que les Canadiens ont joué dans ces progrès grâce à l'intervention des pouvoirs publics. De même qu'ils ont subventionné la demande de services de santé, de même les gouvernements ont subventionné l'expansion du personnel et des installation sanitaires. Ce sont presque uniquement les fonds publics qui ont fourni les lits d'hôpital de malades mentaux, des arriérés mentaux et des tuberculeux; ce sont aussi en grande partie ces fonds qui ont financé la construction et l'équipement des hôpitaux de traitement actif. De plus, même s'il en coûte aux particuliers une forte somme d'argent, de menues dépenses et de gains perdus pour financer des études médicales ou dentaires, ou même des études infirmières, ou des études dans un autre domaine de la santé, les

fonds publics ont servi à les subventionner, surtout dans les secteurs qui ont bénéficié des subventions à la santé. Les exemptions fiscales accordées aux citoyens qui fournissent des fonds à la construction des hôpitaux et des écoles de médecine ou à la formation de ceux qui s'orientent vers les professions de la santé ont aussi stimulé la prestation de ressources dans le domaine de la santé.

Le résultat: demande accrue, prix accrus et effectifs accrus

Nous avons examiné les importantes catégories de dépenses de santé personnelles et nous avons constaté que le cycle a été à peu près le même pour toutes: demande accrue, prix accrus et, finalement, accroissement de l'offre accompagné d'un ralentissement du taux de renchérissement. La demande toujours élevée n'a cessé de faire augmenter les prix jusqu'ici, et cela malgré la croissance des installations et du capital pour la santé. Aussi les prix et, partant, les dépenses de santé ont continué d'augmenter alors que d'autres prix et catégories de dépenses ont monté beaucoup plus lentement ou n'ont pas du tout bougé.

Cependant, comme nous l'avons déjà souligné, ces pressions qu'exerce continuellement la demande finiront par diminuer, quand un nouveau plateau sera atteint par suite de l'élimination des besoins insatisfaits de soins hospitaliers au bénéfice des malades chroniques et des vieillards; finalement la pénurie relative du personnel spécialisé tendra à disparaître. L'augmentation continue de la productivité du personnel et du capital hospitaliers, qui a aidé à assurer la grande expansion de la production malgré l'équipement et le personnel limités, devrait, en partie du moins, continuer d'exercer son influence dans l'avenir, mais tout probablement à un rythme ralenti, sauf s'il se fait un nouveau bond technique ou scientifique semblable à celui de la production de médicaments propres au traitement de la tuberculose. Contrairement à la production de beaucoup d'autres biens ou services, les progrès techniques dans l'industrie de la santé ont besoin de capital et de main-d'œuvre; l'industrie de la santé a besoin et continuera d'avoir besoin d'un grand nombre de praticiens très qualifiés. Les progrès récents intervenus dans le domaine de la technique chez l'homme, tel que la transplantation d'organes et la création d'appareils qui prennent en charge les fonctions de l'organisme, exigeront tous un très grand nombre d'effectifs très qualifiés. Dans le cas du plus qualifié de tous, le médecin spécialiste, la période d'étude supérieures pourrait bien s'allonger jusqu'à dix ou douze ans tandis qu'il suffit aujourd'hui de trois années d'études au-delà de l'école secondaire pour les infirmières licenciées. Certes, on peut former une aide-infirmière en moins d'un an, mais, puisqu'il y va de vies humaines, il se peut fort bien que la dilution du personnel infirmier professionnel qui s'occupe directement du malade ait déterminé une augmentation du personnel infirmier de surveillance afin d'assurer le maintien de la qualité des soins infirmiers. L'immigration d'effectifs qualifiés peut jusqu'à un certain point compenser ces pénuries à court terme; cela dépend, non seulement de

la possibilité d'attirer des étrangers bien qualifiés, mais aussi des délais nécessaires pour adapter les nouveaux venus au contexte des soins de santé qui se donnent au Canada[1], de l'amélioration des revenus et des conditions de travail aux États-Unis et en Europe par rapport au Canada.

Cela nous amène à l'un des points principaux de notre analyse. Si la qualité des soins dépend des praticiens et si ces derniers sont rares et lents à former, il s'ensuit que les prix des services—si les prix ne sont pas bloqués et si la demande est subventionnée—augmenteront et seront susceptibles de s'accroître durant longtemps. Telle est depuis quelque temps, c'est un fait, la tendance dans l'enseignement supérieur. Lorsqu'il est impossible ou difficile de remplacer l'homme par la machine, que les professeurs qualifiés sont rares et que la demande d'instruction est subventionnée par suite de sa gratuité ou de ses frais peu élevés, alors le traitement des professeurs augmente rapidement. D'autre part, les traitements élevés ont attiré un grand nombre d'étudiants vers l'enseignement, si bien que la pénurie d'instituteurs élémentaires est aujourd'hui disparue dans bien des régions et que les professeurs au secondaire sont moins en pénurie qu'il y a dix ans. La grande pénurie aujourd'hui, c'est au niveau universitaire qu'elle sévit, et c'est pourquoi les traitements du personnel ne cessent d'augmenter rapidement. Pourtant, l'effectif de diplômés est en expansion depuis quelques années, par suite du stimulant de l'accroissement de la population, de l'aide publique au développement des universités et de la disponibilité de bourses; et il se peut que même la pénurie de professeurs d'université se réduise dans une dizaine d'années à des dimensions qui ne soient pas démesurées.

Aussi longtemps que la qualité du personnel compte dans la prestation de tout service, que la qualité est fonction d'un enseignement supérieur et que la demande est subventionnée, les prix des services en cause vont monter et probablement plus vite que ceux de la plupart des autres biens et services. Cependant, le prix des services affecte le revenu des fournisseurs de services, et le revenu accru doit finalement attirer plus de gens dans les professions intéressées. Comme même la demande de tout service subventionné ralentit éventuellement et grandit à un rythme déterminé surtout par l'accroissement de la population et la vitesse avec laquelle la recherche et la technique poussent le consommateur à l'utiliser, les prix des services ou de l'enseignement de la santé ne devraient pas à la longue s'accroître beaucoup plus rapidement que les prix en général.

Si les installations d'enseignement—écoles de médecine, écoles d'art dentaire, écoles d'infirmières, etc.—se construisent et si elles peuvent se doter des professeurs nécessaires, le personnel indispensable aux services de santé sera éventuellement disponible à des prix assez compatibles avec la somme de capital humain qu'il représente. Dans le cas du personnel exigeant plusieurs années de formation, le prix doit nécessairement être élevé pour assurer au capital engagé un rendement raisonnable et pour attirer un nombre suffisant de gens dans la profession.

---

[1] Voir aussi chapitre 7.

Dépenses de santé des autorités publiques

Dans l'appréciation des dépenses en services de santé fournis directement par les pouvoirs publics, nous ne nous intéressons ici qu'aux dépenses destinées à la santé générale et à l'hygiène publique, puisque les soins hospitaliers, médicaux, dentaires et infirmiers et les ordonnances fournis par les pouvoirs publics ou achetés par les particuliers sont déjà compris dans les dépenses approximatives consacrées à ces fins. Comme le montre le tableau 11-4, les dépenses sont passées de 21 millions en 1947 à 105 millions en 1961, tandis que la dépense par habitant s'est accrue de 1.67 à 5.76[1]. Ces dépenses sont demeurées faibles par rapport à la D.N.B. et n'ont augmenté que de 0.16 p. 100 en 1947 à 0.29 p. 100 en 1961. Même si l'on inclut les dépenses municipales affectées à la salubrité publique (166 millions en 1961), le total atteint à peine 0.6 p. 100 de la D.N.B.

Durant cette période (voir le tableau 11-18), le taux de croissance de la dépense affectée à la santé publique a progressé de 11.2 p. 100 en moyenne par année. L'accroissement de la population y figure pour 2.7, le renchérissement pour 5.1 et la consommation par habitant pour 3.0. Comme dans le cas d'autres dépenses pour la santé, le taux de croissance moyen ralentit depuis quelques années et n'a atteint que 7.4 p. 100 durant les années 1957-1961. Il semble que le renchérissement réponde encore pour le gros de la croissance, mais, comme il n'existe pas de mesure directe de la variation du prix des services gouvernementaux, c'est un fait qu'on ne peut prouver.

Dépenses affectées à la recherche médicale

L'expansion rapide de la recherche dans le domaine médical et pharmaceutique est presque la grande caractéristique de l'industrie de la santé depuis trente ans, et les résultats qu'elle a donnés relativement aux vies sauvées et aux gens remis en bonne santé dans beaucoup de projets individuels ont été considérables. Il suffit de songer aux résultats qui ont découlé de la découverte de substances comme l'insuline, la pénicilline ou le vaccin contre la polio par rapport aux frais de découverte et d'application pour se rendre compte que le rendement des investissements dans la recherche peut être considérable. La contribution du Canada à la création de nouvelles connaissances depuis la découverte de l'insuline n'a pas été négligeable si l'on tient compte de ses répercussions et des sommes dépensées. En outre, il en est résulté des avantages supplémentaires sous la forme d'un renforcement des départements d'enseignement.

Tout en étant encore tout à fait faibles comparativement à ce qui se fait dans un pays comme les États-Unis, les dépenses en recherches médicales au Canada augmentent rapidement depuis quelques années. En 1961, elles ont atteint un chiffre estimé à 12 millions. Les sept dixièmes

[1] Y compris certaines dépenses affectées à la recherche médicale et à la formation de personnel de santé dans le cadre des subventions nationales à l'hygiène.

environ viennent du gouvernement fédéral, un peu moins de 10 p. 100 du *National Institute of Health* des États-Unis et le reste des gouvernements provinciaux, des organismes privés et des fondations. Comme le gouvernement fédéral fournit le gros des fonds, la tendance du taux d'augmentation de ces fonds est une indication de la rapidité avec laquelle grandissent les dépenses en recherches médicales. C'est ainsi que le financement fédéral des recherches effectuées à l'extérieur qui totalisait $158,000 en 1946-1947, s'est chiffré par 8.3 millions en 1962-1963[1].

Dépenses en capital hospitalier

Même si les renseignements relatifs à la valeur du capital pour la santé sont limités, il y a moyen d'établir des estimations grossières à partir des données déclarées par les hôpitaux généraux publics au Bureau fédéral de la statistique, ainsi que d'autres renseignements. On estime que la valeur amortie du capital hospitalier en 1960 atteignait au moins 1,500 millions, tandis que la valeur de renouvellement était vraisemblablement de l'ordre de 2,500 millions. En outre, les bâtiments médicaux et dentaires, les centres radiologiques et les laboratoires privés, les pharmacies, les écoles de médecine et d'art dentaire et les installations de santé des gouvernements représentent de fortes sommes pour lesquelles il n'existe pas actuellement de statistiques distinctes.

Nous avons déjà fait état de la croissance du stock hospitalier, ainsi que des installations connexes servant au diagnostic, à l'enseignement, à la recherche et au logement; le tableau 11-5 indique la valeur en dollars courants et en dollars (1957) constants des investissements bruts en hôpitaux et en installations connexes. La valeur de la construction s'est fort accrue dans l'après-guerre pour passer de 22 millions en 1945 à 178 millions en 1961, et à 213 millions en 1963. Exprimés en pourcentage de la D.N.B., les investissements de capitaux dans les hôpitaux sont passés de 0.19 p. 100 en 1945 à 0.44 p. 100 en 1949, pourcentage autour duquel ils oscillent depuis. Depuis l'établissement du Régime national d'assurance-hospitalisation, les sommes globales consacrées à la construction hospitalière ont augmenté, mais le pourcentage de la D.N.B. affecté à cette fin a eu tendance à décliner en moyenne par rapport au chiffre élevé de 1953-1955 et au sommet de 0.54 touché en 1955.

Dans l'ensemble de l'après-guerre, le taux de croissance moyen des dépenses en construction hospitalière a été de 13.9 p. 100 par année dont une tranche de 2.6 p. 100 peut être attribuée à l'accroissement de la population, une autre de 5 p. 100 au renchérissement et une autre de 5.8 à l'augmentation du capital hospitalier par habitant. L'évolution de la consommation et du renchérissement n'a donc pas beaucoup différé de celle des autres dépenses pour la santé.

---

[1] Les dépenses en recherches portant sur des médicaments contrôlés et effectuées par l'industrie pharmaceutique sont comprises dans les dépenses en ordonnances.

Dépenses affectées à la formation du personnel de la santé

La détermination de l'ensemble des dépenses consacrées à la formation du personnel de la santé met en cause des problèmes d'ordre conceptuel et statistique[1]. Beaucoup de dépenses vouées à la formation du personnel s'inscrivent dans le cadre de l'instruction générale et ne figurent donc pas dans le budget de la santé. Dans d'autres cas, les dépenses d'enseignement font partie intégrante d'autres catégories de dépenses telles que les dépenses hospitalières. Dans la présente étude, la formation des infirmières est comprise dans les dépenses hospitalières et est en partie compensée par les services rendus par les infirmières stagiaires. Les dépenses hospitalières comprennent également des dépenses qui se rattachent à la formation médicale. Les dépenses en recherches médicales comprennent une certaine part de formation médicale post-universitaire. Compte tenu des limitations des données, notre analyse se fonde sur l'évaluation des frais de la formation du personnel de la santé payés directement par les gouvernements. Même dans ce cas-ci, les seules données suffisantes portent sur les dépenses effectuées dans le cadre des Subventions nationales à l'hygiène et atteignant 3.7 millions en 1961[2].

Dépenses sanitaires totales

Si l'on inclut les dépenses consacrées à la recherche, à la santé publique, à l'enseignement et au capital dans le domaine de la santé afin d'établir le chiffre global de la dépense de santé, le tableau 11-7 montre que les Canadiens ont dépensé en 1961 un peu plus de deux milliards en services de santé, soit presque $111 par personne et 5.4 p. 100 de la D.N.B.[3]

Nous avons aussi inclus dans le tableau une évaluation des dépenses en médicaments non prescrits et en produits pharmaceutiques, puisque ces dépenses peuvent se considérer du point de vue du consommateur comme une dépense de santé. En 1961, ces dépenses se sont élevées à environ 210 millions[4]. C'est ainsi que le total des dépenses de santé augmenterait à environ 2.23 milliards ou à $122 par habitant, soit 6 p. 100 environ de la D.N.B.

---

[1] Les statistiques sur la formation du personnel de la santé sont particulièrement insuffisantes et incomplètes pour permettre de déterminer ce qui se fait aujourd'hui dans ce domaine, quelles sont les lacunes et leurs correctifs. C'est un fait que nous signalons dans l'espoir que les ministères intéressés chercheront à mettre fin, de façon courante et permanente, à cette lacune des statistiques, afin de permettre à ceux qui ont à prendre des décisions d'en arriver à des conclusions légitimes quant aux besoins futurs en se fondant sur des données concrètes concernant le passé et le présent.

[2] Certaines statistiques au sujet de la source des fonds servant à financer les études préparant au diplôme de médecin, de dentiste et de pharmacien sont présentées dans le rapport du Bureau fédéral de la statistique intitulé *Dépenses et revenus des étudiants au Canada, 1961-1962*, Partie II, Enseignement préparant au premier grade au Canada, Ottawa, 1963.

[3] Les dépenses de santé approximatives ne comprennent pas une petite somme d'ordonnances fournies dans les institutions telles que les foyers de vieillards. L'addition de cette somme, qui n'est pas connue actuellement, ne devrait pas modifier le pourcentage de la D.N.B.

[4] Voir aussi chapitre 9.

SOURCES DES FONDS AFFECTÉS AUX DÉPENSES DE SANTÉ

Méthodes de financement

Comme nous l'avons déjà souligné, il existe une distinction entre une industrie nationalisée et une industrie à laquelle les gouvernements, agissant pour le compte des citoyens, achètent une forte tranche de sa production. Cela est évident si nous considérons l'industrie de la défense. Dans son cas, toute sa production est consommée par le gouvernement, mais une proportion considérable en est fournie, non par les gouvernements ni par une industrie nationalisée, mais par des sociétés privées qui la vendent ensuite à l'État. On peut en dire plus ou moins autant de la construction, des transports et d'une foule d'autres industries, y compris l'industrie de la santé. Les gouvernements, agissant au nom de leurs citoyens, fournissent directement des services hospitaliers et médicaux aux forces armées, aux Indiens, aux anciens combattants, aux tuberculeux et aux malades mentaux; cependant la proportion de loin la plus forte de ces services n'est pas produite par les gouvernements, mais achetée aux institutions telles que les hôpitaux communautaires, aux médecins, aux dentistes, aux pharmaciens et à d'autres praticiens. Ce qui nous occupe, par conséquent, ce n'est pas la prestation directe de services de santé au Canada, mais la provenance des fonds qui financent les dépenses affectées à ces services.

Le financement des services de santé a toujours incombé à chacun des citoyens du Canada, puisqu'ils sont la source ultime des fonds nécessaires. Nous tenons ici, cependant, à faire la distinction entre le financement public des services de santé et le financement privé assuré par les divers citoyens ou par les régimes d'assurance privés. Jusqu'au vingtième siècle, l'achat de services de santé a incombé surtout à chacun des Canadiens, puisque ni les dépenses des pouvoirs publics ni les régimes d'assurance privée ne comptaient pour beaucoup. Avant la première guerre mondiale, l'ensemble des dépenses de santé s'établissait bien en bas de ½ p. 100 de la dépense nationale brute. Durant les années 1930, au cours du marasme économique, les pouvoirs publics ont dû consacrer de fortes sommes aux secours et au bien-être social; on estime que les dépenses publiques en soins hospitaliers et médicaux et en œuvres de santé publique générale ont atteint en 1943 un chiffre d'environ 45 millions, soit l'égal de 18 p. 100 de toutes les dépenses en services de santé personnels cette année-là[1]. Le gros de ces dépenses a été affecté aux soins hospitaliers, surtout au bénéfice des malades mentaux et des tuberculeux; et la part des dépenses en soins hospitaliers acquittée par les gouvernements a atteint cette même année une proportion qu'on estime supérieure à 35 p. 100.

[1] D'après *Santé, Bien-être social et Travail.* Livre de reférence établi pour la Conférence fédérale-provinciale sur la reconstruction, 1945, *passim.*

Dépenses de santé privées et publiques

Depuis la guerre, le secteur public finance une proportion accrue des dépenses en services de santé. Une bonne partie de ces dépenses auraient quand même eu lieu par suite des progrès qu'ont réalisés les Canadiens dans l'amélioration des méthodes employées pour dispenser les soins de santé. Nous avons reconnu que les régimes publics stimulent certes la demande de services de santé, mais une foule de dépenses que financent aujourd'hui les gouvernements ne sont qu'un virement de dépenses du secteur privé au secteur public, dépenses qui se seraient effectuées de toute façon. Le prélèvement des fonds destinés à financer un régime public complet de soins de santé personnels est susceptible d'amener de plus fortes dépenses en soins de santé qu'il n'en serait autrement. Dans une grande mesure, cependant, le changement ne consiste qu'à substituer le paiement public au paiement privé, dans la mesure où il n'intervient pas de nouvelle dépense nette.

Le tableau 11-20 indique les sources des fonds affectés aux dépenses en services hospitaliers avant la guerre. Le pourcentage des dépenses assumées par le secteur public de l'économie a continué d'augmenter au cours de cette période et a atteint près de 50 p. 100 en 1950. Au milieu des années 1950, les dépenses publiques ont semblé se stabiliser autour de 55 p. 100, mais, par suite de l'établissement du Régime national d'assurance-hospitalisation en 1957, le pourcentage du secteur public a continué de s'accroître pour atteindre 88 p. 100 ou 924 millions en 1961. Le détail de l'origine des fonds est aussi indiqué au tableau 11-20. Les déficits des hôpitaux de traitement actif y figurent à part, bien qu'ils soient surtout comblés par le secteur public.

La répartition des fonds dans le secteur privé indique que la proportion du total des dépenses hospitalières, y compris les dépenses en soins hospitaliers donnés aux malades mentaux et aux tuberculeux, financées par l'assurance privée, n'a jamais formé une part bien considérable de ces dépenses. En 1953, les paiements des régimes d'assurance privés pour le compte de leurs adhérents ont totalisé 63 millions ou environ 16 p. 100 des dépenses totales et, à leur sommet de 1958, 125 millions ou environ 20 p. 100. La même année, les malades et les autres sources privées ont fourni 130 millions, soit environ 20 p. 100 également. En 1961, les régimes privés d'assurance-hospitalisation fournissaient encore près de 49 millions, et les malades et les autres sources, 61 millions, soit l'équivalent d'environ 12 p. 100 de toutes les dépenses hospitalières. Plusieurs des paiements des malades ou des régimes d'assurance privés sont destinés à acquitter des soins hospitaliers donnés en chambre semi-privée ou privée qui ne sont pas couverts par le Régime d'assurance-hospitalisation, mais qui découlent en partie de la façon dont certaines provinces financent leur participation aux frais, c'est-à-dire, par un léger paiement quotidien demandé aux malades. Le classement des sources de fonds au tableau 11-20 est donc, en un sens, un peu arbitraire puisque les primes payées par les particuliers et les familles dans le cadre du Régime d'assurance-hospitalisation sont considérées comme

TABLEAU 11-20 SOURCES DES FONDS CONSACRÉS AUX DÉPENSES EN SERVICES HOSPITALIERS, CANADA, CERTAINES ANNÉES, 1948-1961[a]

Élément	1948	1950	1953	1954	1955	1956	1957	1958	1959	1960	1961
	(millions de dollars)										
Malades et autres sources[b]	116.5[c]	144.1[c]	117.0	113.5	108.2	129.2	139.5	129.7	97.7	114.5	61.4
Assurance privée[d]	—	—	62.7	75.8	85.9	100.6	117.0	125.5	58.9	58.7	48.9
Total	116.5	144.1	179.7	189.3	194.1	229.8	256.5	255.2	156.6	173.2	110.3
Assurance publique[e]	13.0	32.2	46.5	53.6	58.5	62.5	68.7	100.1	324.8	367.3	565.0
Indemnisation des accidentés du travail[f]	—	—	7.1	7.7	8.7	10.2	10.8	11.6	12.2	12.7	16.5
Total	13.0	32.2	53.6	61.3	67.2	72.7	79.5	111.7	337.0	380.0	581.5
Déficits des hôpitaux de traitement actif[g]	2.2	4.8	13.2	15.9	18.9	22.1	25.8	30.4	13.3	20.6	5.9
Subventions et paiements (pour le compte de particuliers) des gouvernements, et hôpitaux fédéraux[h]	83.3	102.2	157.6	180.2	199.9	205.1	225.6	242.7	227.2	252.4	226.3
TOTAL GÉNÉRAL	215.0	283.3	404.1	446.7	480.1	529.7	587.4	640.0	734.1	826.2	924.0
Assurance publique, indemnisation des accidentés du travail, subventions et paiements des gouvernements, deux tiers des déficits	97.7	137.6	219.9	252.0	279.6	291.9	322.1	374.4	573.0	646.1	811.7
Fonds publics en pourcentage des dépenses totales[i]	45.4	48.6	54.4	56.4	58.2	55.1	54.8	58.5	78.0	78.2	87.8

[a]Sont compris les hôpitaux publics et privés: hôpitaux de traitement actif, hôpitaux de maladies mentales, sanatoriums de tuberculeux et hôpitaux de maladies chroniques. Sont exclus les hôpitaux de la Défense nationale.

[b]Sont compris: paiements directs des malades, cadeaux, services fournis, dons de charité, remises au comptant et recettes nettes d'activités accessoires, en particulier les recettes provenant des fermes des hôpitaux de maladies mentales.

[c]Sont compris les indemnités versées aux accidentés du travail et les paiements des régimes d'assurance privés non disponibles avant 1953.

[d]Sont exclus les frais d'administration.

[e]Sont exclus les frais d'administration. Sont comprises les primes payées par les entreprises commerciales et industrielles et par les ressortissants des provinces où il s'en perçoit.

[f]Sont exclus les frais d'administration. Sont comprises les primes payées par l'industrie.

[g]Ces déficits sont comblés plus tard par des fonds publics et privés. Il est supposé que les deux tiers des déficits sont comblés par des sources gouvernementales.

[h]Est compris un petit montant inconnu payé par les malades hospitalisés dans les hôpitaux fédéraux.

[i]Sont exclues les indemnités payées aux travailleurs accidentés avant 1953. On estime que, si ces indemnités sont comprises, les fonds publics auraient répondu pour environ 47 p. 100 de toutes les dépenses en 1948, et pour 51 p. 100 en 1950.

SOURCE: Bureau fédéral de la statistique, *Comptes nationaux, Institutions pour maladies mentales; Institutions pour tuberculeux; ministère des Finances, Comptes publics*, Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, *Dépenses en soins de santé personnels au Canada*, 1953-1961, *Soins hospitaliers au Canada, Certains régimes publics de soins hospitaliers et médicaux au Canada*, Ottawa, Imprimeur de la Reine.

des fonds publics. Si ces primes étaient comprises dans les fonds du secteur privé, la part privée dans le financement hospitalier serait un peu plus forte.

L'origine des fonds affectés aux dépenses en services médicaux personnels entre 1953 et 1961 est indiquée au tableau 11-21[1]. Le secteur privé est la grande source des fonds consacrés aux dépenses en services médicaux personnels; il en a répondu pour 85.3 p. 100 en 1953 et 87.6 p. 100 en 1961, et n'a guère varié au cours de cette période. Cette source a subi une profonde transformation puisque les régimes privés d'assurance ont figuré pour une part toujours plus grande des dépenses privées, passant de 28.2 p. 100 en 1953 à 49.7 p. 100 en 1961. Le taux de croissance moyen des dépenses de l'assurance privée a baissé de près de 22 p. 100 en 1953-1957 à 15.6 p. 100 en 1957-1961. La raison qui explique le changement du taux de croissance est vraisemblablement l'extension de l'assurance

TABLEAU 11-21 SOURCES DES FONDS CONSACRÉS AUX DÉPENSES EN SERVICES MÉDICAUX PERSONNELS, CANADA, 1953-1961*

Élément	1953	1954	1955	1956	1957	1958	1959	1960	1961
	(millions de dollars)								
Malades	108.0	108.0	115.2	132.9	139.6	144.9	153.8	161.3	168.9
Assurance privée†	42.5	51.9	60.7	74.9	93.4	110.2	130.8	148.4	166.9
Total	150.5	159.9	175.9	207.8	233.0	255.1	284.6	309.7	335.8
Assurance publique‡	1.7	1.5	1.7	1.8	2.0	2.6	2.9	2.9	3.2
Indemnisations des accidentés du travail‡	12.2	14.1	15.0	15.9	18.8	20.9	21.8	23.0	24.2
Total	13.9	15.6	16.7	17.7	20.8	23.5	24.7	25.9	27.4
Paiements publics pour le compte de particuliers	12.2	13.1	13.9	14.6	15.4	16.9	17.5	18.9	20.0
TOTAL GÉNÉRAL	176.6	188.6	206.5	240.1	269.2	295.5	326.8	354.5	383.2
Assurance publique, indemnisations des accidentés du travail et paiements publics pour le compte de particuliers	26.1	28.7	30.6	32.3	36.2	40.4	42.2	44.8	47.4
Fonds publics en pourcentage des dépenses totales	14.7	15.2	14.8	13.5	13.4	13.7	12.9	12.6	12.4

* Sans les services médicaux fournis par des médecins salariés dans les hôpitaux ou dans l'industrie. Sans les frais d'administration des régimes d'assurance.

† Voir le renvoi 1 ci-dessus.

‡ Y compris les primes perçues des particuliers ou des industries.

SOURCE: Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, *Dépenses en soins de santé personnels au Canada, Ottawa, 1953-1961.*

[1] Le tableau 11-21 montre qu'en 1961, les paiements effectués par des régimes d'assurance privés s'élevaient à 167 millions. Ce chiffre se compare à celui de 175 millions qui apparaît au tableau 18-3. La différence qui existe entre les deux chiffres est due surtout à l'inclusion de certaines dépenses hospitalières au tableau 18-3, dépenses qui sont exclues ici.

à des gens d'âge actif qui, parce qu'ils appartenaient à certains groupes identifiables et facilement accessibles, ont pu adhérer facilement aux régimes d'assurance. Maintenant que ces groupes sont en grande partie assurés, le reste de la population (environ la moitié) comprend des gens dont la situation au point de vue de la santé, de la profession et de la géographie rend plus difficile l'accessibilité à la même assurance qu'à ceux qui sont déjà assurés[1]. Voilà pourquoi nous ne pouvons compter que le taux de croissance rapide des années 1953 à 1957 se maintienne; c'est même une conclusion que confirme le ralentissement du taux de croissance ces dernières années.

Les paiements directs relatifs aux services médicaux personnels demeurent considérables malgré la croissance des régimes d'assurance privés et les dépenses des gouvernements. Entre 1953 et 1961, ils ont augmenté de 108 à 169 millions et, cette dernière année, ils ont figuré pour 45 p. 100 de toutes les dépenses en soins médicaux. Les fonds publics ont, à la vérité, diminué en importance pour ce qui est du financement des services médicaux malgré l'augmentation des dépenses absolues de 26 à 47 millions. Cette diminution est contrebalancée dans une certaine mesure par le fait que certains services médicaux sont dispensés dans les hôpitaux par les médecins et les internes salariés dont le traitement est payé à même la subvention de l'assurance-hospitalisation. Parmi les sources publiques en 1961, les indemnités aux travailleurs accidentés ont figuré pour 24 millions, les paiements des gouvernements pour le compte de particuliers pour 20 millions et les paiements des régimes d'assurance publics pour 3.2 millions. La somme serait

TABLEAU 11-22 SOURCES DES FONDS CONSACRÉS AUX DÉPENSES EN SERVICES HOSPITALIERS ET MÉDICAUX, CANADA, 1953-1961

Élément	1953	1954	1955	1956	1957	1958	1959	1960	1961
	(millions de dollars)								
Malades et autres recettes, Assurance privée, Le tiers des déficits hospitaliers	334.6	354.5	376.3	445.0	498.1	520.4	445.6	489.8	448.1
Assurance publique et indemnisation des accidentés du travail	67.5	76.9	83.9	90.4	100.3	135.2	361.7	405.9	608.9
Subventions et paiements directs (pour le compte de particuliers) des gouvernements, les deux tiers des déficits hospitaliers	178.6	203.9	226.4	234.4	258.2	279.8	253.4	285.0	250.2
Total des dépenses	580.7	635.3	686.6	769.8	856.6	935.4	1,060.7	1,180.7	1,307.2
Tous les programmes publics*	246.0	280.7	310.2	324.2	358.3	414.8	615.2	690.9	859.1
Programmes publics en pourcentage des dépenses totales	42.4	44.1	45.2	42.1	41.8	44.3	58.0	58.5	65.7

* Sont compris: assurance publique, indemnisation des travailleurs accidentés, subventions gouvernementales, paiements directs et déficits hospitaliers comblés.

SOURCE: D'après les tableaux 11-20 et 11-21.

[1] Voir chapitre 10.

un peu plus élevée dans ce dernier cas depuis l'introduction d'un régime public d'assurance médicale en Saskatchewan en 1963.

Si nous groupons les services hospitaliers et médicaux, nous voyons au tableau 11-22 qu'il s'est opéré un changement considérable du secteur privé au secteur public, bien que le premier répond encore pour une forte proportion de toutes les dépenses. En 1953, le second a fourni 246 millions (42.4 p. 100 du total) et le premier 335 millions (52.6 p. 100). En 1961, le secteur public, à cause surtout de l'assurance-hospitalisation publique, a totalisé 859 millions (65.7 p. 100) et le secteur privé, 448 millions (34.3 p. 100). La répartition des dépenses dans le secteur privé est aussi à noter. En 1953, les régimes privés d'assurance ont répondu pour 31.9 p. 100 des recettes fournies par les malades et autres sources privées. En 1961, leur part avait augmenté à 48.4 p. 100, mais les malades et les autres sources figuraient

TABLEAU 11-23 DÉPENSES PRIVÉES ET PUBLIQUES APPROXIMATIVES EN SERVICES DE SANTÉ PERSONNELS ET AUTRES FRAIS DE SANTÉ, CANADA, 1953 ET 1961

Élément	1953	1961
	(millions de dollars)	
Financement privé:		
Services hospitaliers et médicaux	334.6	448.1
Services dentaires et autres services de santé[a]	105.5	233.8
Ordonnances[a]	48.8	111.0
Construction hospitalière[b]	39.5	58.6
Frais d'administration de l'assurance-maladie[c]	28.6	57.6
Total	557.0	909.1
Financement public:		
Services hospitaliers et médicaux	246.0	859.1
Services de santé publique[d]	58.0	105.0
Construction hospitalière[e]	78.8	119.2
Frais d'administration de la recherche sur la santé[f]	3.5	14.0
Recherche[g]	2.8	12.0
Total	389.1	1,109.3
TOTAL GÉNÉRAL	945.1	2,018.4

[a] Ces dépenses sont attribuées au secteur privé, parce que c'est lui surtout qui le finance.

[b] Le tiers des dépenses en construction hospitalière, d'après les estimations.

[c] Sans l'assurance contre les accidents et la maladie. Y compris les dividendes accordées aux détenteurs de polices, les augmentations des fonds non acquis et les primes payées à l'avance.

[d] Y compris *certaines* dépenses affectées à la recherche et à la formation des chercheurs dans le cadre des subventions nationales à l'hygiène.

[e] Les deux tiers des dépenses totales, d'après les estimations.

[f] Frais d'administration approximatifs des régimes hospitaliers et médicaux publics.

[g] Y compris les subventions à la recherche dans le cadre des subventions nationales à l'hygiène et d'autres programmes fédéraux.

SOURCE: J. J. Madden, *L'économique de la santé*, étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964.

encore pour la moitié des fonds nécessaires au financement des dépenses non couvertes par un régime public.

Si nous allons au-delà des dépenses hospitalières et médicales, nous avons de la difficulté à découvrir la source des fonds affectés aux autres dépenses de santé. Le tableau 11-23 cherche à classer approximativement ces dépenses. Comme le secteur privé finance le gros des services dentaires et des divers services de santé ainsi que les ordonnances, nous les avons attribuées au secteur privé; on estime que les dépenses de santé financées par le secteur privé ont totalisé 557 millions en 1953 contre 389 millions dans le cas du secteur public. En 1961, les premières étaient montées à 909 millions, mais les secondes avaient progressé un peu plus rapidement et atteignaient 1,109 millions. Le tableau 11-24 présente la répartition en pourcentage de la dépense privée et publique affectée à l'ensemble des services de santé, ainsi qu'au capital hospitalier et à d'autres éléments du domaine de la santé. En 1953, les dépenses privées ont formé 58.9 p. 100 du total, et les dépenses publiques, 41.1 p. 100. En 1961, les premières, tout en étant encore importantes, étaient descendues à 45.0 et les secondes étaient montées à 55.0 p. 100. Si l'on inclut les dépenses pour médicaments non prescrits dans ces estimations, le financement privé a totalisé 1,113 millions en 1961 et a répondu pour 49.9 p. 100 des dépenses totales, et le financement public, pour 50.1 p. 100.

TABLEAU 11-24 RÉPARTITION EN POURCENTAGE DES DÉPENSES PRIVÉES ET PUBLIQUES AFFECTÉES À L'ENSEMBLE DES SERVICES DE SANTÉ, CANADA, 1953 ET 1961

Année	Financement privé	Financement public
1953	58.9	41.1
1961	45.0	55.0

SOURCE: Tableau 11-23.

DÉPENSES PUBLIQUES EN SERVICES DE SANTÉ AU NIVEAU DU GOUVERNEMENT

Tendances passées

Tous les échelons de gouvernement ont vu augmenter leurs dépenses à mesure que le total des dépenses publiques en soins de santé s'est accru. Ainsi que le montre le tableau 11-25, de 1947 à 1961 les dépenses fédérales en services de santé sont passées de 57 à 470 millions, les provinciales, de 87 à 719, et les municipales, de 27 à 77[1].

[1] Les données du tableau 11-26 ne peuvent se comparer tout à fait à celles du tableau 11-23 parce qu'elles se rattachent surtout à l'année financière plutôt qu'à l'année civile. Les différences entre les deux approximations sont légères.

TABLEAU 11-25 DÉPENSES GÉNÉRALES NETTES EN SERVICES DE SANTÉ DE TOUS LES GOUVERNEMENTS, CANADA, 1947-1962, SELON LE NIVEAU DU GOUVERNEMENT*

Année	Fédérales	Provinciales	Municipales†	Totales
	(en millions de dollars)			
1947	57	87	27	171
1948	60	114	31	205
1949	69	156	38	263
1950	72	172	43	287
1951	82	190	51	323
1952	88	210	53	351
1953	94	229	54	377
1954	100	257	67	424
1955	103	271	69	443
1956	112	288	74	474
1957	118	332	85	535
1958	186	363	80	629
1959	280	470	72	822
1960	330	554	69	953
1961	429	621	72	1,122
1962	470	719	77	1,266

* Y compris les dépenses en services hospitaliers, médicaux, dentaires et connexes, en œuvres de santé générale et publique, la construction d'installations sanitaires, la recherche et l'enseignement, mais non compris la salubrité publique et l'enlèvement des ordures. Les dépenses fédérales et provinciales se rattachent aux années financières et ne sont pas tout à fait comparables aux chiffres du tableau 11-23.

† Non compris la salubrité publique ni l'enlèvement des ordures.

SOURCE: E. J. Hanson, *Les finances publiques et les services de santé*, étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964, d'après le tableau B-1.

L'augmentation de la proportion des dépenses totales en services de santé s'est assortie d'importants changements dans les dépenses aux divers niveaux de gouvernement. Les gouvernements provinciaux ont fourni au cours de la période le gros des fonds affectés au financement public des dépenses de santé; viennent ensuite le gouvernement fédéral et les gouvernements municipaux. Comme l'indique le tableau 11-26, les gouvernements provinciaux ont répondu en 1947 pour 50.9 p. 100 de toutes les dépenses, contre 33.3 p. 100 dans le cas du gouvernement fédéral, et 15.8 p. 100 dans celui des administrations municipales (sans compter la salubrité publique et l'enlèvement des ordures). En 1961, la proportion des gouvernements provinciaux avait augmenté à 55.3 p. 100 et celle du gouvernement fédéral à 38.3 p. 100, tandis que celle des municipalités était descendue à 6.4 p. 100. Il semble que ces tendances se maintiennent depuis 1961.

TABLEAU 11-26 RÉPARTITION EN POURCENTAGE DES DÉPENSES NETTES EN SERVICES DE SANTÉ, PAR ÉCHELON DE GOUVERNEMENT, CANADA, CERTAINES ANNÉES, 1947-1962

Année	Fédérales	Provinciales	Municipales	Totales
1947	33.3	50.9	15.8	100.0
1953	25.0	60.7	14.3	100.0
1955	23.3	61.1	15.6	100.0
1957	22.0	62.0	16.0	100.0
1958	30.0	57.7	12.3	100.0
1961	38.3	55.3	6.4	100.0
1962	37.1	56.9	6.0	100.0

SOURCE: D'après le tableau 11-25.

Le glissement important intervenu dans les dépenses est manifestement le virement du fardeau financier des services de santé personnels des municipalités aux gouvernements provinciaux et fédéral. La tendance ne semble s'être amorcée, cependant, que depuis l'établissement du Régime fédéral-provincial d'assurance-hospitalisation en 1958. Jusque-là, les municipalités ont continué de répondre pour à peu près la même proportion de la dépense totale, mais les gouvernements provinciaux ont répondu pour une part grandissante. En 1957, la part fédérale de l'ensemble des dépenses de santé s'était élevée à 118 millions, mais sa proportion de toutes les dépenses était descendue à 22 p. 100. Au cours de la même période, les dépenses provinciales se sont accrues à 332 millions et ont atteint 62 p. 100 de toutes les dépenses gouvernementales. Même l'augmentation rapide des dépenses du gouvernement fédéral durant 1958-1962 a laissé aux provinces la part la plus forte des dépenses de santé publique (56.9 p. 100 en 1962), surtout parce que le gouvernement fédéral ne participe pas aux frais de l'hospitalisation des tuberculeux et des malades mentaux qui constituent une grande proportion de tous les hospitalisés.

COMPARAISON INTERNATIONALE

Nous avons présenté dans des chapitres précédents une comparaison des services de santé assurés à la population dans divers pays. Nous avons utilisé à cette fin la proportion de la population par médecin, par dentiste, par infirmière, par pharmacien et par lit d'hôpital[1].

[1] Pour une discussion des proportions de la population par médecin, dentiste, infirmière et pharmacien, voir chapitre 7, et, pour une discussion des proportions de la population par lit d'hôpital, voir chapitre 8.

Les proportions invoquées dans ces chapitres montrent l'importance relative que les Canadiens ont attachée à obtenir des effectifs professionnels par rapport à la population, et à établir des installations sanitaires sous forme de lits d'hôpital. En comparaison avec n'importe quel autre pays, le Canada occupe un rang élevé pour ce qui est de la prestation d'installations et de personnel de santé. Pour compléter la comparaison, il nous faut un moyen qui permette de rattacher l'effort sanitaire au Canada à la capacité du pays de produire des biens et des services. Nous pouvons y arriver en comparant l'ensemble des dépenses de santé avec la Dépense nationale brute. Il existait des données établies sur ce pied pour neuf des dix-neuf pays; elles sont présentées au tableau 11-27. On y voit que le Canada consacre une plus grande proportion de sa production nationale aux services de santé que n'importe quelle des nations en cause, sauf l'Australie. Les chiffres appuient les conclusions que nous avons déjà proposées d'après les témoignages qui nous ont été présentés dans des mémoires et durant les audiences, et d'après les observations que nous avons pu faire nous-mêmes, c'est-à-dire que les services de santé du Canada répondent à une norme très élevée et se comparent favorablement avec ce qu'il y a de mieux en d'autres pays.

TABLEAU 11-27 DÉPENSES APPROXIMATIVES CONSACRÉES À CERTAINS ÉLÉMENTS* DES SOINS DE SANTÉ PERSONNELS† EXPRIMÉES EN POURCENTAGE DU PRODUIT NATIONAL BRUT AUX PRIX DU MARCHÉ, DANS NEUF PAYS, 1953-1961

Pays	1953	1954	1955	1956	1957	1958	1959	1960	1961
Canada	2.50	2.77	2.77	2.74	2.95	3.11	3.37	3.60	3.85
États-Unis	2.31	2.76	2.75	2.88	2.97	3.21	3.21	3.34	3.46
Nouvelle-Zélande	3.10	3.00	3.07	3.22	3.25	3.33	3.36	3.41	3.59
Australie	2.72	2.86	2.94	2.91	3.12	3.24	3.35	3.71	4.06
Royaume-Uni	2.58	2.56	2.61	2.63	2.66	2.74	2.81	3.00	2.98
France	2.18	2.28	2.38	2.48	2.56	2.64	2.78	2.94	3.28
Norvège	2.25	2.22	2.22	2.20	2.39	2.52	2.69	2.72	2.71
Danemark	1.91	2.03	2.10	2.14	2.24	2.36	2.40	2.41	2.42
Pays-Bas	1.71	1.78	2.02	2.10	1.94	2.12	2.18	2.25	2.32

* Y compris: services hospitaliers et médicaux et ordonnances. Non compris: services dentaires.

† Non compris: dépenses consacrées à la santé publique et aux investissements.

SOURCE: Prévisions spéciales établies par la Division de la recherche et de la statistique, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.

Dans une comparaison internationale des dépenses sanitaires par rapport à la Dépense nationale brute, il ne faut pas perdre de vue la limitation qu'elle comporte par suite surtout des difficultés qu'on a à obtenir des chiffres tout à fait comparables. Dans les pays moins développés, c'est le secteur des ménages plutôt que le secteur du marché qui dispense les services de santé, et les dépenses d'argent peuvent faire sous-estimer beaucoup le niveau des

TABLEAU 11-28 DÉPENSES APPROXIMATIVES CONSACRÉES À CERTAINS ÉLÉMENTS* DES SOINS DE SANTÉ PERSONNELS†, EXPRIMÉES EN POURCENTAGE DU PRODUIT NATIONAL BRUT AUX PRIX DU MARCHÉ, DANS SIX PAYS, 1953-1961

Pays	1953	1954	1955	1956	1957	1958	1959	1960	1961
Canada	2.74	3.04	3.02	3.01	3.22	3.41	3.66	3.91	4.17
États-Unis	2.65	3.15	3.13	3.27	3.36	3.62	3.60	3.73	3.86
Nouvelle-Zélande	3.35	3.24	3.32	3.48	3.51	3.57	3.60	3.63	3.81
Royaume-Uni	2.78	2.77	2.84	2.86	2.90	2.98	3.07	3.26	3.25
Norvège	2.73	2.69	2.69	2.64	2.83	2.98	3.15	3.17	3.16
Pays-Bas	1.90	1.98	2.23	2.31	2.11	2.37	2.42	2.50	2.57

* Y compris: services hospitaliers et médicaux, ordonnances et services dentaires.
† Non compris: dépenses consacrées à la santé publique et aux investissements.
SOURCE: Prévisions spéciales établies par la Division de la recherche et de la statistique, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.

soins de santé. En outre, les comparaisons qui portent sur les dépenses relatives à un nombre limité de services de santé peuvent bien n'être pas pleinement révélatrices, puisque la dispensation des services peut être assurée par des effectifs différents en des pays différents. C'est ainsi que le pays qui dispense des soins médicaux par le concours de médecins hygiénistes salariés pourrait sembler consacrer très peu d'argent aux soins médicaux si la comparaison se borne aux dépenses privées. Lorsque la comparaison porte sur une seule année, il faut aussi faire preuve de beaucoup de prudence; en effet, si un régime public additionnel est établi alors que le revenu national est à un niveau inférieur à la normale, le pays en cause pourrait sembler consacrer une forte proportion de sa D.N.B. à la santé, alors que ce ne serait pas nécessairement le cas à long terme. Même dans les pays développés, une différence continuelle entre les proportions de la dépense nationale brute courante affectées par deux pays aux services de santé ne signifie pas forcément que l'utilisation que chacun fait des services de santé diffère beaucoup, puisque la structure des prix de chaque pays peut varier grandement[1].

[1] Cela saute aux yeux si nous examinons la situation suivante. Dans le pays A, 1,000 praticiens fournissent des services d'une valeur de $1,000 chacun par année, ce qui fait 1 million de dollars de dépenses. Dans le pays B, 2,000 praticiens fournissent autant de services que dans le pays A; cependant, les praticiens y étant plus nombreux, le prix moyen des services y est inférieur et chaque praticien gagne un revenu de $500. Dans ce cas-ci, le total des dépenses en services de santé serait le même que dans le pays A, mais le volume des services serait le double. Avec le temps, la mobilité internationale des praticiens tendrait à amenuiser certaines différences de revenu et, partant, de prix entre les deux pays; mais ces différences pourraient persister longtemps. Voir Gilbert, Milton et I. B. Kravis, *An International Comparison of National Products and Purchasing Power of Currencies, O.E.C.É.*, 1954; Gilbert, Milton et Associés, *Comparative National Products and Price Levels*, O.E.C.É., 1958, p. 61. En 1950, le prix des services de santé était relativement plus faible dans la plupart des pays d'Europe qu'aux États-Unis.

Compte tenu de ses réserves, le Canada se situe parmi les premiers pays dont la statistique est connue pour ce qui est de la proportion de la D.N.B. affectée à la santé. Les tableaux 11-27 à 11-39 indiquent les montants de la D.N.B. affectés à diverses catégories de services de santé; même si la différence en pourcentage est faible dans plusieurs cas, le Canada se situe au premier ou au deuxième rang dans tous les tableaux quant à ces dernières années.

Le tableau 11-27 donne la proportion de la D.N.B. consacrée aux services hospitaliers et médicaux et aux ordonnances dans un certain nombre de pays développés de 1953 à 1961[1]. En 1953, la proportion variait de 1.71 à 3.10 p. 100, celle du Canada étant de 2.5 p. 100. Les pays se rangeaient dans l'ordre suivant: Nouvelle-Zélande, Australie, Royaume-Uni, Canada, États-Unis et Pays-Bas. En 1958, chaque pays affectait une plus forte proportion de sa D.N.B. à ces services, proportion qui allait de 3.33 à 2.12 p. 100. L'ordre des pays était le suivant: Nouvelle-Zélande, Australie, États-Unis, Canada et Pays-Bas. En 1961, la part consacrée aux soins de santé a continué d'augmenter et s'est inscrite en 4.06 et 2.32 p. 100, et l'ordre des pays était le suivant: Australie, Canada, Nouvelle-Zélande, États-Unis et Pays-Bas.

Un certain nombre de tendances se dégagent nettement des chiffres. Le Canada, tout en étant toujours près du sommet quant à la proportion de sa D.N.B. affectée aux services de santé en cause, augmente ses dépenses plus rapidement que certains autres pays, et se rapproche davantage du premier rang. En deuxième lieu, les différences entre les cinq premiers pays sont à peine de .75 p. 100. En troisième lieu, le Royaume-Uni est le seul pays dont le pourcentage soit en baisse. Enfin, il existe une certaine différence entre les proportions si l'on divise les pays en deux groupes, Amérique du Nord, Australie et Nouvelle-Zélande d'une part, et pays d'Europe, d'autre part, les premiers se trouvant dans la moitié supérieure du tableau des dépenses. Le tableau 11-28 diffère du 11-27 en ce qu'il comprend les dépenses en services dentaires. La situation est passablement la même ici, sauf que le Canada, en 1961, s'est classé premier (4.17 p. 100) et a été suivi des États-Unis et de la Nouvelle-Zélande, mais les différences ne sont pas très fortes[2].

Le tableau 11-29 donne, pour les années 1956 à 1961, la proportion de la D.N.B. consacrée non seulement aux services de santé personnels, mais aussi aux médicaments non prescrits, aux services de santé des gouvernements

---

[1] Les évaluations ont été établies par la Division de la recherche du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social d'après les renseignements reçus dans le cadre d'une correspondance spéciale échangée avec les divers gouvernements. Dans chaque cas, les renseignements ont été complétés de données provenant d'autres sources et l'ensemble des prévisions est considérable dans certains cas. Il faut donc considérer les chiffres comme des prévisions préliminaires.

[2] Les dépenses d'ordre dentaire de l'Australie ne sont pas connues. Les statistiques relatives aux proportions d'habitants par dentiste semblent indiquer que l'Australie devance le Canada en ce qui concerne les dépenses totales sanitaires, y compris les dépenses en services dentaires, par rapport à la D.N.B.

TABLEAU 11-29 DÉPENSES EN SOINS DE SANTÉ EXPRIMÉES EN POURCENTAGE DE LA D.N.B., DANS SIX PAYS, 1956-1961

Pays	Année	Monnaie	Dépenses en soins de santé*	D.N.B.	Pourcentage de la D.N.B.
		(millions)			
Canada	1960–1961	$	2,120	36,837	5.8
Ceylan	1957–1958	Rs.	227	5,725	4.0
Angleterre et pays de Galles	1960–1961	£	956	20,370	4.7
Israël	1959–1960	£	240	4,716	5.1
Suède	1956	K	2,289	49,106	4.7
États-Unis	1960–1961	$	28,740	522,500	5.5

* Les dépenses en soins de santé des divers pays peuvent différer un peu quant à leur contenu. Toutes excluent l'alimentation, mais toutes comprennent les médicaments non prescrits et les produits pharmaceutiques.

SOURCE: B. Abel-Smith, *Health Expenditure in Seven Countries, London and Cambridge Economic Bulletin*, mars 1963, et J. J. Madden, *L'économique de la santé*, étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964.

et à la construction dans un certain nombre de pays. On voit ici encore que, sauf dans le cas de Ceylan, tous les pays s'inscrivent dans un intervalle de 4.7 à 5.8 p. 100; le Canada, qui est au premier rang (5.8 p. 100) est suivi des États-Unis (5.5), d'Israël (5.1), de l'Angleterre et de la Suède (4.7) et de Ceylan (4 p. 100). La haute proportion du Canada tient en partie aux années particulières au cours desquelles on peut faire la comparaison. S'il s'agissait de 1959, les dépenses canadiennes, y compris les médicaments non prescrits et les produits pharmaceutiques, n'auraient probablement pas dépassé 5 p. 100 et auraient été inférieures à celles des États-Unis. Dans le cas des pays dont les chiffres se rattachent à des périodes antérieures, il ne fait pas de doute qu'ils dépensaient en 1961 une plus forte proportion en fait de dépenses de santé, proportion qui, dans le cas de la Suède, pourrait être considérable.

Sous réserve des limitations susmentionnées, il semble que les pays qui jouissent d'un haut niveau de vie tendent généralement à consacrer aux soins de santé une proportion à peu près égale de la dépense totale et que l'intervalle des dépenses est étonnamment faible; en effet, il varie d'environ 1 p. 100 autour d'une moyenne qui s'élève peu à peu, et cela malgré les méthodes différentes employées pour financer les soins de santé, et, en particulier, l'importance relative variable du secteur public et du secteur privé.

Dépenses de santé: Canada et États-Unis

Les tableaux de 11-30 à 11-33 présentent la statistique américaine qui permet de faire la comparaison avec le Canada. Ce qui frappe le plus dans ces chiffres, c'est l'ampleur, il va de soi, des dépenses des États-unis

TABLEAU 11-30 DÉPENSES EN SOINS DE SANTÉ ET EN SOINS MÉDICAUX, SELON LA SOURCE DES FONDS, ÉTATS-UNIS, CERTAINES ANNÉES, 1929-1963*

Année	Total des soins médicaux et hospitaliers					Total des soins médicaux et hospitaliers†					Dépenses de construction				
	Dépenses publiques		Dépenses privées		Dépenses totales	Dépenses publiques		Dépenses privées		Dépenses totales	Dépenses publiques		Dépenses privées		Dépenses totales
	millions de $	%	millions de $	%	millions de $	millions de $	%	millions de $	%	millions de $	millions de $	%	millions de $	%	millions de $
1929	314	9.4	3,010	90.6	3,324	—	—	—	—	—	99	49.3	102	50.7	201
1935	516	16.7	2,570	83.3	3,086	—	—	—	—	—	38	79.2	10	20.8	48
1940	654	17.9	2,992	82.1	3,646	—	—	—	—	—	55	64.0	31	36.0	86
1945	1,890	26.3	5,305	73.7	7,195	—	—	—	—	—	68	69.4	30	30.6	98
1950	2,354	21.1	8,827	78.9	11,181	—	—	—	—	—	585	73.1	215	26.9	800
1953	3,125	21.7	11,270	78.3	14,395	—	—	—	—	—	545	66.1	280	33.9	825
1955	3,475	20.9	13,130	79.1	16,605	—	—	—	—	—	386	54.3	325	45.7	711
1956	3,638	20.2	14,399	79.8	18,037	—	—	—	—	—	361	54.4	302	45.6	663
1957	3,851	19.7	15,693	80.3	19,544	—	—	—	—	—	478	55.1	389	44.9	867
1958	4,269	20.1	16.953	79.9	21,222	—	—	—	—	—	507	49.9	509	50.1	1,016
1959	4,882	21.1	18,238	78.9	23,120	—	—	—	—	—	606	55.0	495	45.0	1,101
1960	4,874	19.8	19,759	80.2	24,633	4,874	21.5	17.812	78.5	22,686	557	51.9	516	48.1	1,073
1961	5,330	19.9	21,340	80.1	26,670	5,330	21.6	19,340	78.4	24,670	595	52.4	540	47.6	1,135
1962	5,910	20.5	23,075	79.5	28,985	5,910	22.0	20,975	78.0	26,885	645	53.1	570	46.9	1,215
1963	6,399	20.7	24,500	79.3	30,899	6,399	22.3	22,299	77.7	28,698	649	44.8	800	55.2	1,449

TABLEAU 11-30 DÉPENSES EN SOINS DE SANTÉ ET EN SOINS MÉDICAUX, SELON LA SOURCE DES FONDS, ÉTATS-UNIS, CERTAINES ANNÉES, 1929-1963*—*Fin*

Année	Dépenses en recherches‡	Dépenses de santé publique	Toutes dépenses de santé					Toutes dépenses de santé†				
			Dépenses publiques		Dépenses privées		Dépenses totales	Dépenses publiques		Dépenses privées		Toutes les dépenses
	millions de $	millions de $	millions de $	%	millions de $	%	millions de $	millions de $	%	millions de $	%	millions de $
1929	—	100	513	14.2	3,112	85.8	3,625	—	—	—	—	—
1935	—	124	678	20.8	2,580	79.2	3,258	—	—	—	—	—
1940	3	180	892	22.8	3,022	77.2	3,915	—	—	—	—	—
1945	17	223	2,198	29.2	5,335	70.8	7,533	—	—	—	—	—
1950	55	328	3,322	26.9	9,042	73.1	12,364	—	—	—	—	—
1953	88	322	4,080	26.1	11,550	73.9	15,630	—	—	—	—	—
1955	106	316	4,283	24.1	13,455	75.9	17,738	—	—	—	—	—
1956	116	368	4,482	23.4	14,701	76.6	19,183	—	—	—	—	—
1957	183	414	4,926	23.4	16,082	76.6	21,008	—	—	—	—	—
1958	237	349	5,363	23.5	17,462	76.5	22,825	—	—	—	—	—
1959	300	419	6,207	24.9	18,733	75.1	24,940	—	—	—	—	—
1960	392	406	6,229	23.5	20,275	76.5	26,504	6,229	25.4	18,328	74.6	24,557
1961	510	425	6,860	23.9	21,880	76.1	28,740	6,860	25.7	19,880	74.3	26,740
1962	665	450	7,670	24.5	23,645	75.5	31,315	7,670	26.3	21,545	73.7	29,215
1963	938	495	8,481	25.1	25,300	74.9	33,781	8,481	26.9	23,099	73.1	31,580

* Années terminées le 30 juin.
† Non compris les dépenses en médicaments non prescrits et en produits pharmaceutiques.
‡ Il s'agit surtout de dépenses publiques.

SOURCE: *Ministère de la Santé, de l'Éducation et du Bien-être des États-Unis, Medical Care Financing and Utilization, 1962; Health and Welfare Education Indicators*, 1960-1963; *Social Security Bulletin*, décembre, 1962.

TABLEAU 11-31 DÉPENSES PRIVÉES ET PUBLIQUES EN SOINS DE SANTÉ ET EN SOINS MÉDICAUX, ÉTATS-UNIS, CERTAINES ANNÉES, 1929-1963[a]

Année	Total des soins médicaux et hospitaliers[b]	Santé publique	Construction[c]	Recherches[d]	Toutes les dépenses de santé			Sans les médicaments non prescrits ni les produits pharmaceutiques		
					Total	Par habitant	% de la D.N.B.	Total	Par habitant	% de la D.N.B.
	(millions de dollars)				(millions de dollars)	$		(millions de dollars)	$	
1929	3,324	100	201	—	3,625	29.77	3.6	—	—	—
1935	3,086	124	48	—	3,258	25.58	4.7	—	—	—
1940	3,646	180	86	3	3,915	29.53	4.1	—	—	—
1945	7,195	223	98	17	7,533	53.63	3.5	—	—	—
1950	11,181	328	800	55	12,364	81.20	4.7	—	—	—
1953	14,395	322	825	88	15,630	97.58	4.7	—	—	—
1955	16,605	316	711	106	17,738	106.90	4.7	—	—	—
1956	18,037	368	662	116	19,183	113.57	4.7	—	—	—
1957	19,544	414	867	183	21,008	122.15	4.9	—	—	—
1958	21,223	349	1,016	237	22,825	130.52	5.2	—	—	—
1959	23,120	419	1,101	300	24,940	140.25	5.3	—	—	—
1960	24,633	406	1,073	392	26,504	146.69	5.4	24,557	135.90	4.89
1961	26,670	425	1,135	510	28,740	156.41	5.5	26,740	145.65	5.16
1962	28,985	450	1,215	665	31,315	166.75	5.6	29,180	156.56	5.26
1963	30,899	495	1,449	938	33,781	178.64	5.8	31,580	167.98	5.45

[a] Années terminées le 30 juin.
[b] Y compris les dépenses en médicaments non prescrits et en produits pharmaceutiques et tous les soins de santé personnels.
[c] Y compris les dépenses publiques et privées.
[d] Y compris toutes les recherches médicales (surtout des dépenses publiques).

SOURCE: Voir tableau 11-30.

qui, en 1962, correspondaient à 84 p. 100 de la D.N.B. du Canada. La Californie, qui compte actuellement une population à peu près égale à celle du Canada et dont le revenu moyen réel par habitant est plus élevé, dépense tout probablement à elle seule autant dans le domaine de la santé que l'ensemble du Canada.

TABLEAU 11-32 TAUX DE CROISSANCE MOYEN DES DÉPENSES DE SANTÉ, ÉTAT-UNIS, CERTAINES PÉRIODES, 1929-1963

(pourcentages)

Période	Total des soins médicaux et hospitaliers*		Santé publique	Construction	Recherches	Toutes les dépenses de santé	
	Total	Par habitant				Total	Par habitant
1929–1945	5.0	4.0	5.2	−4.6	19.4	4.6	3.8
1945–1961	8.5	5.7	4.2	16.5	23.7	8.8	6.9
1929–1961	6.8	4.8	4.6	5.6	21.6	6.7	5.3
1957–1961	8.0	—	0.6	6.9	29.1	8.1	6.3
1957–1963	7.9	—	3.2	8.9	31.3	8.2	6.6

* Y compris dépenses en médicaments non prescrits et en produits pharmaceutiques.
SOURCE: Tableau 11-31.

Entre 1929 et 1963, les dépenses aux États-Unis ont augmenté de 3,625 à 33,781 millions ou presque dix fois et par habitant, de $30 à $179 ou presque six fois. Exclusion faite des médicaments non prescrits et des produits pharmaceutiques, les dépenses se sont élevées en 1963 à 31,580 millions ou à $168 par habitant. Ce sont les services hospitaliers, médicaux et les services de santé personnels divers qui figurent pour la plus grande tranche en 1963, soit 30,899 millions; viennent ensuite la santé publique (495 millions), la recherche (938) et la construction (1,449). En ce qui concerne la part de la D.N.B. affectée aux services de santé, le tableau 11-31 indique qu'une proportion grandissante de la dépense totale a servi à cette fin, passant de 3.6 p. 100 en 1929 à 5.8 p. 100 en 1963. Exclusion faite des médicaments non prescrits et des produits pharmaceutiques, l'augmentation est allée environ de 3.1 p. 100 à 5.4 p. 100 de la D.N.B. Enfin, la proportion des dépenses de santé acquittées par le secteur public est indiquée au tableau 11-30, où la proportion des dépenses en soins de santé personnels financées par le secteur public s'élève de 9.4 p. 100 en 1929 à 20.7 p. 100 en 1963, tandis que les dépenses publiques affectées à tout le domaine sanitaire s'accroissent de 14.2 à 25.1 p. 100. Si l'on exclut les médicaments non prescrits et les produits pharmaceutiques, la part publique est passée de 25.7 p. 100 en 1961 à 26.9 p. 100 en 1963.

TABLEAU 11-33 DÉPENSES EN SOINS DE SANTÉ PAR HABITANT ET POURCENTAGE DE LA D.N.B., SELON CERTAINES CATÉGORIES DE DÉPENSES DE SANTÉ, CANADA ET ÉTATS-UNIS, CERTAINES ANNÉES, 1929-1963

Année	Services de santé personnels — Canada — Sans les médicaments non prescrits ni les produits pharmaceutiques[a]		Services de santé personnels — Canada — Y compris médicaments non prescrits et les produits pharmaceutiques		Services de santé personnels — États-Unis — Sans les médicaments non prescrits ni les produits pharmaceutiques		Services de santé personnels — États-Unis — Y compris médicaments non prescrits et les produits pharmaceutiques	
	Par habitant	% de la D.N.B.	Par habitant	% de la D.N.B.	Par habitant	% de la D.N.B.	Par habitant	% de la D.N.B.
	$		$		$		$	
1929	19.10	3.5	—	—	—	—	27.29	3.3
1945	24.26	2.5	—	—	—	—	51.20	3.3
1953	51.67	3.1	—	—	—	—	90.20	4.3
1959	81.20	4.1	—	—	—	—	—	—
1961	94.52	4.6	106.03	5.2	134.36	4.8	145.26	5.1
1963[b]	—	—	—	—	151.76	5.0	163.40	5.3
	Toutes dépenses de santé[c]				Toutes dépenses de santé[d]			
1929	—	—	—	—	—	—	29.77	3.6
1945	27.51	2.8	—	—	—	—	53.63	3.5
1953	63.54	3.8	—	—	—	—	97.58	4.7
1959	95.21	4.8	—	—	—	—	140.25	5.3
1961	110.03	5.4	121.54	5.9	145.65	5.2	156.41	5.5
1963[d]	—	—	—	—	167.98	5.4	178.64	5.8

[a] Y compris les dépenses approximatives en ordonnances. Non compris les dépenses de santé publique et générale.

[b] Évaluation.

[c] Non compris les dépenses affectées à la recherche ainsi qu'à la formation du personnel de la santé.

[d] Y compris les dépenses affectées à la recherche.

SOURCE: D'après les tableaux 11-2, 11-6 et 11-31.

Même si le financement public des services de santé compte beaucoup plus au Canada qu'aux États-Unis depuis quelques années, le régime des dépenses de santé dans les deux pays est remarquablement semblable. Si nous comparons le taux de croissance moyen des dépenses en soins personnels des deux pays, on voit que la dépense affectée à tous ces services s'est accrue de 1929 à 1961 à un taux moyen de 6.8 p. 100 par année aux États-Unis, alors qu'elle s'est accrue au taux de 6.7 p. 100 au Canada de

1926 à 1961[1]. Le taux de croissance moyen de la dépense par habitant a été de 4.8 p. 100 par année aux États-Unis et de 4.7 p. 100 au Canada.

Enfin, le tableau 11-33 compare la dépense par habitant en diverses catégories de dépenses de santé par rapport à la production totale. Bien que les dépenses approximatives en médicaments et en produits pharmaceutiques en 1929 ne soient qu'un chiffre approximatif, les Canadiens, compte tenu de ces dépenses, ont consacré environ 3.5 p. 100 de la D.N.B. cette année-là aux soins de santé personnels, et les Américains, 3.3 p. 100[2]. En 1961, les Canadiens y ont affecté 5.2 p. 100 de la D.N.B. et les Américains, 5.1 p. 100. Si l'on exclut les dépenses en médicaments non prescrits et en produits pharmaceutiques, on constate que le Canada a consacré une moins forte proportion de la D.N.B. au services de santé personnels que les États-Unis en 1961, soit 4.6 contre 4.8 p. 100[3]. On ne connaît pas l'ensemble des dépenses des Canadiens en soins de santé en 1929, mais elles devaient être inférieures aux dépenses des Américains qui s'inscrivaient à 3.6 p. 100. En 1961, les dépenses consacrées par les Canadiens à tout le domaine de la santé ont formé 5.4 p. 100 de la D.N.B., contre 5.2 p. 100 dans le cas des États-Unis; cependant, si l'on inclut les médicaments non prescrits et les produits pharmaceutiques, les Canadiens ont dépensé 5.9 p. 100 de la D.N.B. en soins de santé et les Américains, 5.5 p. 100.

Il faut noter que c'est seulement depuis quelques années que les dépenses des Canadiens en services de santé personnels se rapprochent du pourcentage dépensé aux États-Unis, que c'est seulement à cause du taux de croissance plus lent des dépenses de santé publique et de la construction d'installations aux États-Unis dans les années 1950 que la dépense totale canadienne en pourcentage de la D.N.B. a surpassé celle des États-Unis, et que les Américains ont toujours dépensé en valeur absolue plus que les Canadiens et ont continué à le faire jusqu'en 1961, alors que la dépense par habitant a été de $156 aux États-Unis contre $121 au Canada.

Les Américains semblent avoir consacré une proportion un peu plus forte de la D.N.B. aux services de santé que les Canadiens durant presque toute la période 1926-1961. Comme il faut s'y attendre, une nation qui jouit d'un niveau de vie un peu plus élevé en moyenne que celui du Canada dépense des sommes globales plus considérables par habitant. C'est ainsi qu'en 1961, alors que les Canadiens consacraient une plus grande tranche de la D.N.B. aux services de santé personnels et aux ordonnances, la dépense par habitant aux États-Unis a été de $145 contre $110 au Canada. En outre, la dépense aux États-Unis s'est fort accrue en 1961-1963, si bien qu'il est probable, exclusion faite encore des médicaments non prescrits et des produits pharmaceutiques, que les proportions ne diffèrent pas beaucoup l'une

---

[1] Voir les tableaux 11-17 et 11-32.

[2] Le chiffre américain comprend les médicaments non prescrits et les produits pharmaceutiques, le chiffre canadien, seulement les ordonnances.

[3] Les évaluations des dépenses en médicaments non prescrits et en produits pharmaceutiques sont sujettes à une plus grande erreur que la plupart des autres évaluations. Aussi les dépenses américaines pourraient-elles être un peu plus fortes et les dépenses canadiennes, un peu moins fortes.

de l'autre en 1963 (s'incrivant entre 5.4 et 5.6 p. 100 de la D.N.B.)[1]. La croissance particulièrement rapide des dépenses sanitaires des Canadiens reflète dans une certaine mesure, répétons-le, le fait que les dépenses américaines se sont accrues plus rapidement que les canadiennes avant et durant la guerre, et que la croissance rapide des dépenses canadiennes dans l'après-guerre n'a fait guère plus que de rétablir les rapports qui existaient dans les années antérieures au marasme économique.

TENDANCES EN VUE DANS LES DÉPENSES DE SANTÉ

Nous avons examiné les tendances des dépenses de santé au Canada et en d'autres pays; nous avons vu que la situation du Canada n'a pas beaucoup différé de celle d'autres nations dont la richesse, les goûts et l'organisation gouvernementale se comparent à ceux du Canada. Nous reconnaissons que l'augmentation des dépenses a été rapide et que les services de santé absorbent une très forte somme d'argent chaque année. D'autre part, nous avons indiqué que les dépenses en soins de santé n'ont pas été exceptionnelles si on les examine à longue échéance et dans le cadre de l'ensemble des dépenses du Canada; elles n'ont pas absorbé une partie très forte de la production totale, malgré le subventionnement des services, et le taux de croissance des dépenses de santé tend depuis quelques années à ralentir pour s'établir à un chiffre comparable à celui d'autres catégories de dépenses. La tendance se ressent dans une certaine mesure de l'introduction du Régime d'assurance-hospitalisation. Cependant, les dépenses de santé augmentent de plus en plus à cause de la montée de la consommation des services de santé par habitant, plutôt qu'à cause du renchérissement des services de santé. Il a fallu plusieurs années pour relever les dépenses réelles de santé au niveau d'avant le grand marasme économique; il a fallu l'intervention des pouvoirs publics pour relever la consommation de services de santé—particulièrement de services hospitaliers—des Canadiens à faible revenu au niveau dont jouissent ceux qui ont un revenu supérieur. Nous nous attendons, cependant, que ce taux de croissance rapide se ralentisse davantage à mesure que des Canadiens de plus en plus nombreux accéderont à la consommation des services de santé nécessaires pour les garder actifs, productifs et capables de jouir des avantages que leur vaut leur revenu réel grandissant. Ce jour-là, qui n'est peut-être pas très loin, les dépenses de santé grandiront au taux moyen déterminé d'abord par la croissance de la population et par les découvertes scientifiques qui permettent des soins de santé améliorés. Nous renvoyons au chapitre 19 nos évaluations du taux de croissance moyen des dépenses de santé au cours de la prochaine décennie et de la prochaine génération.

[1] Voir tableau 11-33. En 1963, les dépenses approximatives des États-Unis en services de santé personnels ont répondu pour 5.4 p. 100 de la D.N.B., sans les médicaments non prescrits et les produits pharmaceutiques, et pour 5.8 p. 100, si l'on comprend ces derniers.

12

Avantages économiques des services de santé

Bien que la part du revenu absorbée par les services de santé n'ait pas fort augmenté depuis vingt ou trente ans, certaines gens, devant l'ordre de grandeur de ces dépenses, ont été amenés à se demander si le rythme de croissance du Canada ne se ressent pas du coût élevé de ces services. Avant d'aborder cette question, nous tenons à souligner que notre société n'a pas pour seul objectif le développement économique et qu'il n'est pas possible, dans un Canada de plus en plus riche, de refuser aux particuliers, pour des raisons uniquement économiques, les services de santé nécessaires pour combattre la maladie et l'invalidité et pour prolonger la longévité moyenne. Tout en reconnaissant que les ressources ne sont pas inépuisables et que les particuliers ne peuvent s'attendre à des soins de santé illimité, on n'a pas à se demander si l'on a affaire à un producteur ou non quand on veut mesurer la valeur de la vie humaine. On ne peut priver certains particuliers de services de santé simplement parce qu'ils ne contribuent pas à l'expansion économique du Canada ou parce qu'ils ne peuvent payer le coût des services. L'importance de l'aspect économique ne doit pas nous faire oublier que le côté humain et spirituel entre aussi en ligne de compte.

LES SERVICES DE SANTÉ ET LA CROISSANCE ÉCONOMIQUE

Pour déterminer si les efforts redoublés qu'on a déployés pour assurer la santé des particuliers ont nuit au bien-être économique de la nation, il faut commencer par préciser ce que nous entendons par croissance économique et par définir le rôle des services de santé au sein de notre économie.

Si la croissance économique peut se mesurer d'après les gains de la production de biens et services ou du Produit national brut, il est incontestable que les services de santé, en ce qu'ils accroissent la production totale, ont contribué à cette croissance au même titre que les industries de l'agriculture, de l'automobile, de la pâte et du papier ou de la sidérurgie. Nous avons déjà dit quel a été leur apport à la valeur de la production

totale, soulignant en particulier qu'ils ont progressé ces quelques dernières années pendant que plusieurs autres industries n'évoluaient que lentement ou même restaient stationnaires. L'étude économique du professeur T. M. Brown, réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé[1], nous renseigne là-dessus, en particulier sur le ralentissement des investissements vers le milieu des années 1950, sur la multiplication des sources extérieures d'approvisionnement pour de nombreuses denrées que le Canada produit et sur la concurrence plus acharnée qui se manifeste jusque sur le marché intérieur. La plus forte production des services a compensé dans une large mesure le ralentissement sensible—attribuable à ces phénomènes—du rythme de l'augmentation de la production dans les secteurs de l'agriculture et de la fabrication. La demande soutenue de services financiers, gouvernementaux, éducatifs et surtout sanitaires de la part des particuliers, des familles et des entreprises a beaucoup contribué à maintenir le niveau de la production; sans cette expansion, le revenu national aurait été sensiblement inférieur à ce qu'il est. De plus, les services absorbent des sommes considérables de capital, surtout sous forme d'immeubles. Ainsi, la part des investissements dans le produit national a aussi été maintenue à un niveau plus élevé qu'il n'en aurait été autrement. Le développement des services de santé s'est accompagné d'une production plus élevée des industries du bâtiment, des machines électriques, du matériel d'hôpital et des produits pharmaceutiques, pour n'en nommer que quelques-unes.

RÉPERCUSSIONS DES SERVICES DE SANTÉ SUR L'EMPLOI

Nous tenons à souligner également que les services de santé contribuent à accroître les offres d'emploi, tant directement en ce qu'ils recrutent des praticiens et des travailleurs spécialisés, semi-spécialisés ou non-spécialisés, qu'indirectement en ce que, pour satisfaire leurs besoins, ils stimulent la production d'autres secteurs de l'économie. Dans la production nationale, la part qui revient au secteur des services est trop récente pour qu'on puisse déterminer si elle continuera de représenter une proportion de plus en plus élevée de la production globale, mais il semble que, pour obtenir le même niveau de production au sein d'une économie en pleine expansion, il faudra acheminer vers ce secteur une tranche de plus en plus large de la population active. Cela ne signifie pas que la productivité n'a pas augmenté dans le secteur des services. Comme nous l'avons souligné au chapitre 11, des gains appréciables ont été réalisés de ce côté dans les services de santé, mais ils ont été contrebalancés dans une large mesure par des innovations techniques qui ont accru les besoins en personnel. Les services ont absorbé tellement de main-d'œuvre que, bien que l'emploi ait accusé un recul dans le

[1] T. M. Brown, *La croissance économique du Canada,* étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964.

secteur de l'agriculture et que, dans une grande partie du secteur de la fabrication, il n'ait pas progressé, le chômage a été contenu par l'expansion de l'emploi dans le secteur des services.

L'industrie de la santé, aussi bien publique que privée, a toujours absorbé une part importante de la population active du Canada, malgré le développement de celle-ci. Même durant la période de marasme relatif qui va de 1931 à 1941, l'emploi s'y est accru au rythme moyen de 3.3 p. 100 comparativement au gain de 2.6 p. 100 de l'ensemble de la population active. Entre 1941 et 1961, alors que la population active a augmenté de 1.5 à 2 p. 100 par année, le rythme annuel moyen d'accroissement, dans les services de santé, s'est situé entre 5 et 6 p. 100 et a atteint son sommet au cours des années 1950[1]. Pour l'ensemble de la période 1931-1961, le nombre des emplois à plein temps et à temps partiel, dans le secteur de la santé, a passé de 68,000 à 281,000, soit une augmentation annuelle moyenne de 6. p. 100, tandis que l'ensemble de la population active s'accroissait d'environ 2.2 p. 100. Au cours de cette période de trente ans, la proportion des effectifs de la santé est passée de 1.9 a 4.3 p. 100 de la population active[2]. Bien que l'industrie ait toujours continué à employer beaucoup plus de femmes que d'hommes, les hommes sont passablement plus nombreux que les femmes parmi les praticiens (médecine, art dentaire, etc.). Pour l'ensemble du secteur de 1961, on comptait environ 76,000 hommes et 205,000 femmes dans les activités médicales, dentaires, hospitalières et autres activités sanitaires, y compris les praticiens à leur propre compte, soit un total de 281,000.

La rapide multiplication des offres d'emploi pour les femmes, en particulier à temps partiel, est une caractéristique remarquable de l'emploi dans le secteur de la santé. Pendant que le nombre d'emplois masculins passait de 26,000 à 76,000 durant la décennie qui a précédé 1961, les emplois féminins dans les hôpitaux et les cabinets de médecins et de dentistes augmentaient de 98,000 à 205,000. La croissance de l'industrie s'est donc réalisée dans une large mesure par l'accroissement de la main-d'œuvre féminine ou par le recours aux services à temps partiel de femmes mariées, dont beaucoup étaient des infirmières licenciées. Il s'ensuit qu'une large part de cette expansion s'est opérée sans raréfier la main-d'œuvre des autres facteurs et ralentir leur essor. L'augmentation du nombre des médecins et autres praticiens indique peut-être, il est vrai, que des particuliers très doués et compétents sont venus d'autres secteurs productifs de l'économie, mais, dans une large mesure, cet accroissement de l'effectif est attribuable

---

[1] Voir le tableau 12-1.

[2] Voir tableau 12-1. Il est à remarquer que ceci ne comprend que les praticiens et les travailleurs employés directement par l'industrie. Ces chiffres ne comprennent pas les travailleurs employés à la production de médicaments, de lunettes, etc., à la construction d'hôpitaux ni à de nombreux aspects de l'administration publique ou privée de la santé. Si les dépenses pour ces aspects de la santé étaient déduites des dépenses totales, les dépenses réelles pour la santé ne dépasseraient pas 4.5 p. 100 de la Dépense nationale brute; ce n'est pas une proportion élevée relativement à l'emploi, étant donné le grand nombre de praticiens employés.

TABLEAU 12-1 EMPLOI DANS LES SERVICES DE SANTÉ, EXPRIMÉ EN POURCENTAGE DE LA POPULATION ACTIVE GLOBALE, DU CANADA PENDANT CERTAINES ANNÉES DE LA PÉRIODE 1931-1961

Année	Hommes			Femmes			Total				
	Population active	Employés dans les services de santé	Pourcentage employé dans les services de santé	Population active	Employées dans les services de santé	Pourcentage employé dans les services de santé	Population active	Employés dans les services de santé	Pourcentage employé dans les services de santé	Taux moyen de croissance de la population active	Taux moyen de croissance de l'emploi dans les services de santé
	millions	millions		millions	millions		millions	millions		%	%
1931	3.3	.024	0.74	.24	.044	18.3	3.57	.068	1.9	—	—
1941	3.7	.031	0.84	.83	.063	7.6	4.53	.094	2.1	2.6	3.3
1951	4.1	.050	1.21	1.16	.107	9.1	5.26	.157	3.0	1.6	5.2
1961	4.7	.076	1.61	1.78	.205	11.1	6.48	.281	4.3	2.0	6.0

SOURCE: Bureau fédéral de la statistique, d'après les recensements du Canada, 1931, 1941, 1951 et 1961, Ottawa, Imprimeur de la Reine. Ne comprend que les personnes employées directement par l'industrie de la santé.

à l'immigration qui a permis au Canada d'attirer des praticiens. Dans ces cas, une large part du coût de la formation de ces spécialistes a été assumée par d'autres pays. En résumé, l'expansion s'est opérée surtout par une réduction du chômage (chômage réel ou sous-emploi à domicile) plutôt qu'aux dépens de ce que ces Canadiens auraient pu produire dans un autre secteur[1]. L'industrie hospitalière a très bien su mettre à profit les services de travailleurs féminins à temps partiel; les revenus de beaucoup de familles canadiennes, dans les régions tant rurales qu'urbaines, ont été relevés bien au-dessus du niveau de la simple subsistance par l'apport d'une épouse munie d'un diplôme d'infirmière. Il ne faut pas oublier non plus que plus d'un praticien a pu achever ses études grâce au concours d'une épouse employée à temps partiel ou à plein temps dans un hôpital.

L'automatisation et les innovations techniques ont aussi influé sur l'emploi au Canada, tout comme l'insuffisance de la demande; il ne nous appartient pas de déterminer laquelle de ces causes a le plus contribué à l'aggravation du chômage. Ce qu'il faut retenir c'est que, sans les sommes plus importantes que l'État et le secteur privé ont affectées aux services de santé, l'économie canadienne n'aurait pu progresser à un rythme aussi rapide. La demande de biens et services a mieux répondu à l'expansion des moyens de production, ce qui a permis à l'économie d'approcher davantage ce niveau optimum de croissance et à l'emploi d'atteindre un niveau plus élevé. Grâce à cette demande, une multitude de gens qui, autrement, auraient probablement été en chômage, ou n'auraient pas pénétré sur le marché du travail ont obtenu des emplois; dans d'autres secteurs également, elle a été une source d'emploi. Pour les hommes, le nombre des emplois a augmenté, dans le bâtiment grâce en particulier à la construction d'hôpitaux et d'immeubles médicaux aussi bien que d'habitations que des familles à double revenu ont pu acheter; il en a été de même dans beaucoup d'autres industries qui ont profité des sommes supplémentaires affectées aux services et installations sanitaires.

DÉPENSES DE SANTÉ—CONSOMMATION OU INVESTISSEMENT

En gros, les biens et services peuvent se répartir en deux catégories: ceux qui apportent une satisfaction immédiate aux particuliers et aux familles et qui sont dits «de consommation», et ceux qui ont pour objet d'assurer la consommation future et qui sont dits «d'investissement». Ce serait une erreur de croire que la classification des services de santé ne compte guère et que la catégorie importe peu, car le genre de dépenses peut exercer une influence décisive sur l'établissement de la ligne de conduite à suivre. Si

[1] On ne saurait dire que l'emploi d'un grand nombre de femmes dans les services de santé ait privé le secteur de l'enseignement de ressources spécialisées puisque les traitements plus élevés dans ce dernier secteur ne les ont pas attirées vers cette profession.

l'objectif d'une société est la croissance économique et si par croissance économique on entend non seulement une augmentation de la production nationale mais aussi une production plus élevée par unité d'intrant, c'est-à-dire une plus grande productivité, on est appelé à se demander d'où pourra venir l'accroissement de la production et de la productivité. Comment pourra-t-on plus tard produire plus de biens et services qu'en ce moment? Comment faut-il s'y prendre pour tirer une plus forte production d'une même valeur de ressources?

Si l'on accepte cette définition de la croissance économique et si l'on suppose qu'elle se mesure uniquement par l'accroissement du capital physique, des machines, des immeubles et des stocks, on peut en conclure que les ressources affectées aux services de santé sont des dépenses de consommation et non d'investissement et qu'elles ne contribuent pas à la croissance économique. En outre, si toutes les ressources sont mises à pleine contribution ailleurs, l'expansion des services de santé peut même gêner la croissance économique en enlevant des ressources aux industries d'investissement. Par contre, si l'essor économique dépend en même temps du *nombre* et de la *qualité* des citoyens, certaines activités qui ne produisent rien de tangible, en particulier les services de santé et d'enseignement, peuvent être rangés parmi les investissements puisqu'ils grossissent l'effectif de main-d'œuvre ou en améliorent la qualité; dans un cas comme dans l'autre, le rythme de la croissance économique et la consommation future s'en trouvent accrus.

Nous n'avons pas l'intention de nous engager dans une discussion technique des facteurs qui commandent la croissance économique. On trouvera là-dessus des explications détaillées dans les études préparées pour la Commission et résumées au chapitre 19. Pourtant, parce qu'il existe un lien entre, d'une part, les services de santé et, d'autre part, l'accroissement et la qualité de la population et l'augmentation de la production nationale totale et par habitant, il est nécessaire de s'arrêter brièvement aux rapports entre ces éléments.

La croissance économique ne dépend pas uniquement des biens-capitaux, des outils et des constructions, mais aussi du milieu naturel et de ses ressources, de l'effectif des travailleurs, des connaissances et de la technique. Elle est aussi conditionnée par l'étendue du marché, facteur dont dépendent aussi la spécialisation et le recours aux grands moyens techniques. Pourvu que la demande de biens et de services soit suffisante et marche de pair avec l'accroissement de l'offre, l'économie peut progresser à vive allure si l'offre de capitaux et de main-d'œuvre augmente rapidement et si des ressources ou les moyens techniques, ou les deux, sont abondants. Il est évident que l'accroissement démographique joue un double rôle dans la croissance économique en ce qu'il procure à l'appareil productif des effectifs de main-d'œuvre et qu'il est la source principale de la demande de sa production.

Cependant, la distinction entre les biens-capitaux et la main-d'œuvre devient de plus en plus ténue. Il ressort de notre étude et d'autres travaux que la croissance économique ne doit pas être attribuée uniquement à l'ac-

croissement de la main-d'œuvre et du capital, mais aussi à l'évolution du facteur humain, de l'organisation et de la technique. *Ce ne sont pas seulement les constructions, les machines, les stocks et les ressources qui composent la richesse d'une nation, mais aussi son capital humain, la spécialisation de la main-d'œuvre, les connaissances techniques et le génie créateur de sa population. C'est la qualité des êtres humains, leur énergie, leur compétence, leur mentalité, leur instruction et leur formation qui permettent l'enrichissement des connaissances techniques et administratives d'où procède de plus en plus le progrès économique dans le monde moderne. Sur le plan individuel ou collectif, une nation contribue à l'augmentation de la production par habitant et des avantages qui en découlent dans la mesure où elle accroît ses investissements en capital humain, soit en améliorant le bien-être matériel et mental de sa population, soit en diffusant plus largement l'enseignement supérieur, en donnant aux travailleurs la possibilité de se former en travaillant et en reclassant ceux dont le métier est devenu inutile.*

Nous ne saurions donc trop insister sur le fait que les sommes affectées aux services de santé ne sont, ni dans leur totalité ni même dans leur plus grande partie, des dépenses de consommation; elles ne sont pas uniquement un élément de frais pour le particulier ou pour la société, mais elles représentent un investissement puisqu'elles peuvent rapporter des avantages économiques considérables. Il est vrai que, d'après la mesure classique du revenu ou du produit national, les sommes affectées à la santé, aussi bien qu'à l'alimentation, à l'habillement et à l'instruction, sont consacrées à des produits terminaux et sont donc des dépenses de consommation. Il est également vrai que, en un sens, nous avons accepté cette classification puisque, à notre avis, une bonne santé favorise directement le bien-être individuel en améliorant la qualité de l'existence. Mais, puisque les dépenses de santé ont entraîné une réduction de l'invalidité et de la maladie chez les sujets d'âge productif et accru la longévité dans l'ensemble de la population, les avantages dans bien des cas l'emportent de loin sur les frais.

A l'encontre de nombreuses nations en voie de développement chez qui l'accélération de l'accroissement démographique a contribué à maintenir les conditions d'existence, pour la majorité, au niveau de la simple subsistance, le Canada a pu surtout depuis la fin de la seconde Grande Guerre accroître sa population tout en relevant son niveau de vie grâce à une plus forte consommation de biens et services. Pendant certaines années, la hausse a été interrompue mais, dans l'ensemble de la période, il y a eu amélioration indiscutable. Les dépenses personnelles réelles par habitant, ont augmenté de 23 p. 100, passant de $840 en 1946 à $1,032 en 1962. Échappant à la loi des rendements décroissants, l'économie canadienne, selon toute probabilité, continue d'obtenir un rendement de plus en plus élevé de sa main-d'œuvre et de son capital. Autrement dit, le rapport proportionnel optimum entre, d'une part, la main-d'œuvre et le capital renouvelable et, d'autre part, notre sol et nos ressources naturelles, n'est pas encore atteint. Dans ce contexte, l'accroissement de la popula-

tion active a non seulement augmenté la production nationale et le revenu par habitant, mais il a permis, alors que le marché canadien s'élargissait, l'établissement d'industries spécialisées et le remplacement plus rapide de matériel et d'installations démodés. Il est vrai que, pendant certaines périodes, le marché du travail n'a pas pu absorber l'accroissement de la population active, mais il faut y voir, dans une certaine mesure, l'insuffisance de la politique économique générale plutôt que la preuve que l'expansion démographique n'est pas désirable.

AVANTAGES ÉCONOMIQUES DES SOINS DE SANTÉ

Les sommes affectées aux soins de santé peuvent contribuer de deux façons à l'accroissement de la population active: en prolongeant la durée de la vie active et en favorisant un travail plus régulier durant les années productives.

La population active

Le déclin de la mortalité précoce, analysé au chapitre 5, s'est traduit par un prolongement de la période d'activité productive, en dépit d'une scolarité de plus longue durée, d'une arrivée plus tardive sur le marché du travail et de la mise à la retraite à un âge moins avancé. Depuis la fin de la première Grande Guerre, la longévité moyenne en Amérique du Nord a passé de 54 à 70 ans; durant les vingt-cinq dernières années, elle a passé de 61 à 70 ans pour le Canadien moyen[1]. De plus, bien que la mortalité chez les bébés et les enfants et que le nombre des décès attribuables aux maladies comme la tuberculose et la poliomyélite, qui s'attaquent aux jeunes adultes, soient tombés très bas, la durée de la période pendant laquelle les particuliers consomment plus qu'ils ne produisent n'a pas encore été allongée appréciablement. La proportion des vieillards improductifs n'a pas augmenté sensiblement par rapport à l'ensemble de la population et tout indique qu'elle ne s'accroîtra que légèrement d'ici la prochaine génération. Ainsi, en 1961, les personnes âgées de 65 ans et plus représentaient 7.6 p. 100 de la population du Canada; on s'attend que la proportion soit de 8.9 p. 100 en 1991[2]. A mesure qu'un plus grand nombre de jeunes attei-

---

[1] Bureau du Recensement, ministère américain du Commerce, *Statistical Abstract of the United States 1961*, Washington (D.C.), Bureau des impressions du Gouvernement des États-Unis, p. 54; Bureau fédéral de la statistique, *Statistique de l'état civil, 1960*, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1962, p. 62.

[2] A. Stukel, *Estimations démographiques, 1966 à 1991*, appendice E, dans T. M. Brown, *La croissance économique du Canada*, étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, tableaux 1 et 11.

gnent l'âge de la productivité, l'ensemble de la nation peut faire vivre un plus grand nombre de citoyens improductifs comme les enfants, les étudiants et les vieillards.

Nous n'avons pas calculé, au Canada, ce que représente une unité supplémentaire de capital humain, mais d'après une estimation approximative faite en 1950 aux États-Unis, la valeur d'un Américain du sexe masculin se situerait entre $17,000 et $33,000, suivant le taux d'intérêt utilisé[1]. C'est entre 27 et 30 ans[2] qu'un homme a le plus de valeur, mais, même jusqu'à l'âge normal de la retraite, l'adulte moyen du sexe masculin, bien portant et au travail, a produit plus qu'il n'a consommé, c'est-à-dire que son bilan est nettement productif et que, s'il vivait jusqu'à l'âge normal de la retraite, c'est toute la nation qui en profiterait. On peut supposer que la valeur d'un homme au Canada est quelque peu inférieure à l'estimation donnée pour l'Américain du sexe masculin, puisque ses gains moyens sont moins élevés; mais il peut y avoir compensation en ce sens qu'il consomme peut-être moins. Par conséquent, on peut affirmer que la société a intérêt à maintenir en activité jusqu'à leur retraite les travailleurs productifs. Ce que nous avons dit du secteur masculin de la population active vaut aussi pour le secteur féminin, de même que pour les femmes qui travaillent à la maison, bien que la valeur actuelle de leurs gains nets à venir soit moins élevée. Il est vrai que les ressources affectées aux soins de santé pourraient peut-être rapporter ailleurs des avantages sociaux plus considérables, mais la question n'est pas encore tranchée, et l'idée que les investissements en capital humain rapportent autant que les investissements en capital fixe rallie de plus en plus d'adeptes[3].

---

[1] Voir Burton A. Weisbrod, *The Economics of Public Health*, Presses de l'Université de Pennsylvanie, Philadelphie, 1961. La valeur économique d'un homme, à n'importe quel moment de son existence, se fonde sur la prévision de sa longévité, de ses perspectives d'emploi, de ses gains bruts et de sa consommation pendant chaque année de sa vie. En soustrayant la consommation des gains bruts et en appliquant un taux d'escompte à cette suite de gains, on peut arriver à une estimation de la valeur actuelle d'un homme pour sa famille ou pour la société. Il est clair que, pour toutes ces estimations, en particulier sur le plan économique, la marge d'erreur possible est étendue. Il est vrai également que la valeur monétaire d'un homme dépend du taux d'escompte choisi. Si l'on peut opter entre des investissements pour la santé et d'autres formes d'investissements et si ces dernières rapportent 10 p. 100, le taux approprié d'escompte pourrait être de 10 p. 100 et la valeur monétaire d'un homme serait, d'après l'estimation du professeur Weisbrod, de $17,000. Cependant, si l'on croit que le rendement d'autre forme d'investissement ne sera que de 4 p. 100, la valeur monétaire est alors de $33,000. Plus le taux d'escompte est bas, plus les dollars futurs ont de la valeur. Il s'ensuit que nos prévisions quant au taux de rendement influent sur notre répartition des ressources, mais il est significatif que, même si le taux d'escompte est relativement élevé, la valeur monétaire d'un homme est quand même positive.

[2] A mesure qu'un homme acquiert des connaissances et de l'expérience, son revenu augmente jusque vers la quarantaine. Les femmes perdent un peu de leur valeur économique après qu'elles ont élevé leurs enfants et celles qui travaillent atteignent plus tôt que les hommes leur revenu le plus élevé. Cette évaluation économique ne change rien à la valeur humaine qui, souvent, continue de s'accroître avec les années en même temps que la sagesse et l'expérience.

[3] Plus loin, dans le présent chapitre, nous parlons de la difficulté d'établir une distinction entre le rendement des investissements pour la santé et celui d'autres formes d'investissement en capital humain.

Réduction de l'invalidité pour cause de maladie

Évidemment, on est bien obligé de reconnaître qu'en dépit du niveau des dépenses de santé, tout semble indiquer que l'invalidité pour cause de maladie est encore très répandue et qu'elle n'a pas reculé dans la même mesure que la mortalité. Jusqu'à un certain point, si la morbidité n'a pas décliné, c'est peut-être parce que les cas de maladie sont plus fidèlement déclarés qu'autrefois et parce qu'au sein d'une société qui s'enrichit de plus en plus, on peut plus facilement s'absenter du travail pour échapper aux graves complications qui peuvent découler d'une affection mineure négligée. Pourtant, la nature humaine étant ce qu'elle est et puisqu'il faut un jour ou l'autre tomber malade ou mourir, il est incontestable que la somme des maladies qui frappent d'invalidité a augmenté du fait que les services de santé assurent la survivance de jeunes invalides permanents et de vieillards non productifs atteints de maux chroniques. D'autre part, il est également évident que beaucoup de ceux qui, s'ils étaient nés une génération plus tôt, auraient été immobilisés par des maladies chroniques et seraient par conséquent improductifs, sont maintenant en état de travailler et de subvenir non seulement à leurs besoins, mais aussi à ceux de leurs familles. Le déclin prononcé de l'invalidité de longue durée due à la tuberculose, aux maladies mentales, à la poliomyélite et d'autres maladies qui frappent la population active, a accru la production tout aussi sûrement que si le pourcentage des chômeurs devait diminuer d'une façon durable. De plus, dans la mesure où l'équipement de production reste inutilisé ou ne sert que partiellement, comme c'est souvent le cas chez les petites entreprises, une réduction du temps de travail perdu du fait de la maladie peut accroître la productivité du capital aussi bien que la main-d'œuvre.

Santé et instruction

Nous désirons également souligner que les dépenses de santé, en abaissant l'incidence de la mortalité et de la morbidité, ont indirectement favorisé les investissements dans l'enseignement, principal moteur du progrès. Nous avons dit que l'accroissement démographique élargit les cadres du marché et assure ainsi de plus grandes possibilités de spécialisation. Mais le particulier, l'entreprise ou la société doivent payer le coût de l'instruction et l'ordre de grandeur des sommes ainsi engagées dépendra, dans une large mesure, de leur rendement prévu. Abstraction faite du vieillissement des méthodes techniques, ce rendement dépendra de la durée moyenne de la vie productive. Il s'ensuit que l'allongement de la vie a joué un rôle décisif dans l'accroissement du stock d'investissements représenté par les Canadiens, en ce sens que les particuliers sont mieux disposés à assumer le coût de l'enseignement supérieur et qu'il est désormais plus probable que la société canadienne pourra profiter des avantages qui découlent des sommes que la

nation a affectées à l'instruction en général. Bien qu'il soit sans doute vrai que certaines gens ont l'impression qu'ils vivront jusqu'à 70 ans, si l'espérance moyenne de vie à l'âge de 16 ans était de 40 ans, on serait tout probablement beaucoup moins enclin qu'aujourd'hui à retarder l'entrée dans la vie active pour acquérir d'abord une formation très poussée. Même en tenant compte du vieillissement des moyens techniques, le prolongement de la vie active encourage l'acceptation des frais de réadaptation, celle-ci faisant contrepoids au fait que l'attrait des investissements en capital humain diminue à un rythme accéléré à mesure que l'âge augmente.

L'apport de plus en plus important de la main-d'œuvre féminine au progrès matériel de la nation a aussi été facilité par une plus grande longévité et par la réduction des graves maladies qui immobilisent les enfants. Les jeunes femmes jugent maintenant que les fonds affectés à leur instruction avant le mariage leur seront profitables puisqu'elles pourront en recueillir les fruits plus tard quand leurs enfants auront grandi et même pendant qu'ils fréquenteront l'école. Les revenus croissants des familles canadiennes sont dans une large mesure attribuables au fait que les gains de l'épouse arrondissent le revenu du mari.

La santé est essentielle au progrès économique

Le prolongement de la vie humaine a influé jusque sur l'accumulation de capital dans la mesure où elle dépend de l'épargne. Si l'on n'avait qu'une très courte existence en perspective, il serait logique d'opter pour la consommation courante plutôt que future, puisqu'un plan de consommation qui porte sur quelques années à venir a plus de chances de se concrétiser qu'un plan dont l'échéance est reculée. L'allongement de la vie, en accroissant la possibilité d'atteindre l'âge de la retraite, se traduit généralement par une augmentation de l'épargne et, par conséquent, par l'accumulation du capital.

Il faut aussi reconnaître que les dépenses de santé représentent pour une bonne part le prix qu'exige inévitablement une économie industrielle évoluée et qu'elles sont donc essentielles au progrès économique. Ce sont des dépenses intermédiaires, qui entrent dans le coût de la production terminale. De fait, on a soutenu que c'est à cette catégorie qu'appartiennent toutes les dépenses de santé puisqu'elles ne procurent aucune satisfaction ni aucun produit, mais nous conservent dans un état de santé qui nous permet de gagner un revenu et d'en profiter. Si elles ne contribuent pas à notre niveau d'existence, il faut alors les considérer comme une forme d'intrant qui doit être exclue complètement du produit national. Pendant une épidémie où tous les lits d'hôpitaux sont occupés au lieu de l'être à 80 p. 100 et où tous les médecins et infirmières font des heures supplémentaires, on ne peut guère

conclure que la consommation de biens et de services a augmenté simplement parce que les dépenses de santé sont élevées.

Ce n'est pas ainsi que nous envisageons les choses. Cependant, nous tenons à souligner que beaucoup de dépenses découlent des risques professionnels, par exemple, les accidents industriels, ceux que provoque la circulation dans les rues et sur les routes pour se rendre au travail ou à l'école et en revenir et les tensions associées aux contraintes de la vie moderne dans les affaires et à l'usine. La pollution de l'air et de l'eau par l'industrie et les risques d'irradiation inséparables des avantages que nous procure une société industrielle occasionnent des dépenses de santé dont le coût n'a pas encore été mesuré.

Une des principales raisons pour lesquelles les Canadiens, pris individuellement ou collectivement, ont affecté une part importante de leur revenu aux services de santé, c'est qu'apparemment ils espèrent en tirer certains avantages. En dépit du sacrifice d'argent et de loisirs consenti en échange, et bien que le profit escompté demeure incertain, les Canadiens acceptent, quand ils le peuvent, d'en payer le prix, parce que ces services leur assurent un rendement monétaire appréciable s'ils leur permettent de se livrer à leur activité productive habituelle. Nous avons déjà dit qu'on peut de plus en plus compter qu'une somme affectée à la santé procurera des avantages concrets. Au cours de la période envisagée, le coût de la mortalité et de la maladie a aussi augmenté à cause du capital que représente la formation de chaque être humain. En même temps, cet investissement a été la source de revenus plus élevés, de sorte que les Canadiens ont pu consacrer une part de plus en plus importante de leur revenu croissant à l'amélioration de leur état de santé. Il est économiquement logique de dépenser plus pour s'assurer une meilleure santé grâce à l'amélioration des services médicaux. Le même raisonnement explique les dépenses que les entreprises affectent aux services de santé proprement dits ou à l'assurance-maladie pour leurs employés. Puisque les entreprises assurent la formation durant les heures de travail et que les absences de travailleurs productifs leur occasionnent des frais, elles sont disposées à dépenser des sommes supplémentaires pour combattre cet absentéisme et pour combattre l'instabilité de la main-d'œuvre. Les dépenses de santé représentent donc un investissement dont l'entreprise peut tirer des avantages qui en égalent ou en dépassent le coût.

Bien qu'on s'accorde généralement à reconnaître que les services de santé ont contribué au recul de la mortalité et de la morbidité de même qu'à la productivité de notre société, il n'est pas possible pour le moment, sur le plan statistique, de distinguer entre cet apport et celui d'un régime alimentaire amélioré, d'une meilleure hygiène de l'habitation et d'une instruction plus avancée, ni de déterminer dans quelle mesure un service de santé en particulier a contribué à la régression d'une maladie; dans bien

des cas, cependant, les données recueillies semblent indiquer que le développement de la recherche médicale a joué un rôle décisif[1]. Depuis un quart de siècle, toutefois, il est problable que les chances de recueillir des avantages concrets—sous forme d'un abaissement de la mortalité et de la morbidité—de l'affectation de plus fortes sommes par les Canadiens à l'alimentation, à l'habillement et au logement ont diminué, tandis que les probabilités de tirer un rendement des dépenses affectées aux services médicaux, hospitaliers, infirmiers et dentaires de même qu'aux médicaments ont presque assûrément augmenté. Les dépenses de santé jouent un rôle d'autant plus important, dans le secteur du complexe économique que nous appelons les investissements en capital humain, qu'elles ont plus contribué à réduire la mortalité et la morbidité au sein de la population active. Sur le plan historique général, nous pouvons considérer que le passage du capital foncier au dix-huitième siècle au capital matériel au dix-neuvième et la plus grande importance attribuée au capital humain au vingtième siècle ont marqué des étapes du progrès économique. À notre avis, en continuant à investir pour favoriser l'épanouissement des qualités humaines, le développement de l'instruction et de la productivité, ainsi qu'une longévité accrue, nous préparons pour le vingt-et-unième siècle une ère de progrès économique encore plus remarquable.

Nous avons concentré notre attention sur les avantages que les sommes affectées aux services de santé rapportent à la population active. Cela ne signifie pas que ceux qui ne contribuent en rien à la production nationale ne doivent attendre aucun bénéfice des services médicaux. Il est clair que le coût des services de santé donnés aux enfants représente une dépense intermédiaire, puisqu'ils assurent manifestement le maintien et

---

[1] La documentation sur les investissements en capital humain et sur le rendement économique d'une espérance de vie plus longue devient de plus en plus abondante. En voici quelques exemples:

Francis M. Bator, *The Question of Government Spending*, Harper, 1960.

Gary S. Becker, *Investment in Human Capital—A Theoretical Analysis*, étude non publiée, réalisée pour la Conférence préliminaire sur les investissements en capital humain, New-York, Bureau national de la recherche économique, 1961.

Edward F. Denison, *The Sources of Economic Growth in the United States and the Alternatives Before us*, Washington (D.C.), Comité de l'expansion économique, 1962.

Federal Expenditure Policy for Economic Growth and Stability, Comité économique mixte, Washington, Imprimerie du Gouvernement des États-Unis, 1957.

Rashi Fein, *Economics of Mental Illness*, Commission mixte des maladies mentales et de la santé, Série de monographies n° 2, New-York, Basic Books Inc., 1958.

D. S. Lees, *Health Through Choice*, Grande-Bretagne, Institut des Affaires économiques, 1961.

Selma J. Mushkin, *Health as an Investment*, étude non publiée, réalisée pour la Conférence préliminaire sur les investissements en capital humain, New-York, Bureau national de la recherche économique, décembre 1961.

Review of Economics and Statistics, supplément, août 1962 (divers articles).

T. W. Schultz, *Investment in Human Capital*, dans *American Economic Review*, mars 1961, pp. 1-17.

John Vaizey, *The Economics of Education*, Londres, Faber and Faber, 1962.

Burton A. Weisbrod, *Economics of Public Health*, Philadelphie, Presses de l'Université de Pennsylvanie, 1961.

Burton A. Weisbrod, *The Valuation of Human Capital*, dans *The Journal of Political Economy*, 1961, pp. 425-436.

Burton A. Weisbrod, *An Expected Income Measure of Economic Welfare*, dans *The Journal of Political Economy*, Chicago, août 1962, pp. 355-367.

l'expansion de notre stock de capital humain. Avec l'allongement de la période consacrée à l'instruction et à la formation professionnelle, un adolescent peut ne pas produire avant l'âge de 19 ou 20 ans. La perte de cet investissement, par suite de la maladie, devient de plus en plus lourde pour la société et la famille. On peut aussi considérer que le coût des services de santé assurés aux ménagères et aux mères représente une dépense intermédiaire plutôt qu'une dépense de consommation. Bien que les services des épouses soient exclus du calcul du revenu national, ceux des ménagères, des cuisinières et des infirmières rémunérées, dont les fonctions sont accomplies par l'épouse dans la plupart des ménages, y sont compris. En assurant la santé des épouses, non seulement la famille et la société en profitent, mais il est possible à la nation de préparer les femmes qui arrivent sur le marché du travail pour remplir d'autres fonctions que celles que comporte la tenue d'un ménage.

AVANTAGES INDIRECTS DES SERVICES DE SANTÉ

Tout en mettant l'accent sur les avantages directs qu'assure une population bien portante, il ne faut pas négliger certains avantages indirects. Ainsi, les sommes affectées aux services de santé qui contribuent à l'élimination des maladies infectieuses ne permettent pas seulement de jouer de nouveau un rôle productif, mais empêchent la contamination des générations futures. Les avantages que nous a valus l'enrayement de la tuberculose, de la variole et des maladies vénériennes s'étendent bien au-delà de notre génération. Dans la mesure même où ces maladies sont éliminées, le coût du dépistage et du traitement disparaît; cependant, puisque la mort causée par la maladie est inévitable et que nous tenons à assurer des soins médicaux et hospitaliers aux agonisants, il faudra bien un jour ou l'autre assumer le coût du traitement d'une autre maladie. Enfin, puisqu'on ne peut pas laisser les malades physiques et mentaux et les infirmes mourir de faim ou d'abandon, la réadaptation du travailleur non productif réduit la nécessité d'un transfert de ressources des membres bien portants de la société aux malades et aux invalides. Ce transfert n'accroît pas directement le produit total, mais il permet aux gouvernements de réduire les impôts à mesure que les prestations sociales diminuent, ou il leur assure un revenu supplémentaire pour le financement de la consommation publique sous d'autres formes.

Les services de santé peuvent aussi éliminer certaines tensions mentales. La perte d'un mari, d'une épouse ou d'un enfant ou la présence d'un invalide permanent peuvent avoir de graves répercussions sur le rendement des membres productifs de la famille, soit directement par la douleur qu'elle cause, soit indirectement parce que la présence d'un invalide permanent ou d'un arriéré mental fait retomber leur part du fardeau sur les autres. Si ces malheurs sont conjurés par les services de santé, la productivité du ménage sera peut-être assez élevée pour payer le coût de ces services. De même, les dépenses qui permettent aux vieillards et aux malades mentaux

de retrouver la santé, ne serait-ce que partiellement, peuvent soulager le ménage d'un lourd fardeau et accroître la productivité de tous ses membres. Mais même si on ne pouvait en attendre aucun avantage secondaire sous forme de productivité accrue, ces frais ne pourraient pas être considérés comme des dépenses de consommation, puisqu'ils ont pour objet d'éviter les pertes qui résultent d'une invalidité totale.

VALEUR DES SERVICES DE SANTÉ

La conclusion à laquelle nous en sommes venus se ramène à ceci: le financement des services de santé est souvent très différent de l'achat d'un bien de consommation ordinaire. Il peut être en réalité une forme d'investissement en capital humain; au sein d'une société opulente, ces dépenses peuvent être plus importantes que l'affectation d'une somme supplémentaire à la nourriture et au logement et elles peuvent rapporter des avantages accessoires considérables tant pour la famille que pour la société. Si, du côté du revenu, il n'y a pas d'obstacle à l'achat de services de santé, nous pouvons supposer qu'une tranche importante des ressources individuelles ou familiales servira à cette fin. Pourtant, certains problèmes fondamentaux n'en sont pas résolus pour autant.

Bien que la plupart des frais de santé comportent un certain investissement en capital humain ou représentent une dépense intermédiaire, ils peuvent être aussi en même temps une dépense de consommation ou même découler d'une autre forme de consommation.

Le cancer du poumon, les affections cardiaques, l'alcoolisme et les accidents de la route et autres semblent tous partiellement la conséquence du comportement humain. Dans une certaine mesure, une conduite plus réfléchie supprimerait la nécessité de beaucoup de dépenses de santé. Mais, une fois qu'il est atteint, le malade a tout à gagner à récupérer sa productivité et à éviter l'invalidité ou la mort prématurées. Les actes inconsidérés sont regrettables sans doute, mais il faut bien accepter la vie telle qu'elle est. A notre avis, même dans les cas où le gain net pour la société est négatif, c'est-à-dire lorsque le rendement qu'on peut attendre est inférieur au coût des services de santé nécessaires, il faut quand même aider les gens à recouvrer la santé.

Une évaluation satisfaisante du rendement des services de santé pose de graves difficultés en ce sens que la demande de ces services se compose d'éléments divers et porte à la fois sur la prophylaxie et le traitement et sur la recherche d'une certaine satisfaction qui n'a pas de conséquence directe sur la santé. On s'en rend parfaitement compte quand on tente de déterminer le volume et la consommation optimums de soins de santé qu'il y a lieu d'assurer à l'égard d'une maladie ou de la prévention d'une maladie en particulier. Une certaine affection exige-t-elle une chambre privée dans un hôpital, des soins spéciaux, les services d'un spécialiste ou d'un omnipraticien, l'hospitalisation pour traitement chronique ou actif, dix ou onze jours de

soins hospitaliers, l'hospitalisation en vue de services de laboratoire ou de diagnostic radiologique, un examen médical tous les six mois ou chaque année? Il suffit de poser ces questions pour comprendre immédiatement combien il est difficile d'y répondre et de faire la distinction entre les dépenses intermédiaires ou d'investissement, qui rapportent des avantages sur le plan de la santé, et les dépenses de consommation, qui apportent au consommateur une satisfaction, mais ne sont pas essentielles à la conservation de la santé. Nous avons tenté de répondre à cette question dans nos commentaires sur la qualité des soins de santé et sur le rôle du médecin qui doit déterminer «ce qui est nécessaire» ou «ce qui ne l'est pas»[1]. Nous voulons ici souligner que, sur le plan économique, il convient de comparer le coût marginal ou supplémentaire d'un service de santé additionnel aux avantages marginaux qui en découlent.

Aux yeux tant du médecin que du malade, il vaut la peine d'assumer le coût supplémentaire d'un service diagnostic additionel, ou d'un jour de plus à l'hôpital, s'il existe ne fût-ce qu'une minime possibilité d'éviter la mort ou d'assurer un rétablissement plus complet, puisqu'il s'agit non pas d'une dépense de consommation mais d'un bon placement. La base économique des services de santé dans une société opulente n'est pas du tout la même que dans un pays où il s'agit de procurer assez de vivres à la population pour l'empêcher de mourir de faim.

COÛT ESTIMATIF DE LA MALADIE

Bien que les progrès réalisés dans l'organisation des services de santé aient réduit la mortalité et la période d'invalidité consécutive à de nombreuses maladies et bien qu'on ne puisse s'attendre que les gains de productivité découlant de ces dépenses soient aussi considérables à l'avenir que dans le passé, de nouvelles améliorations dans le domaine de la santé pourraient encore rapporter des avantages économiques et humains importants en accroissant la somme des biens et services que les Canadiens peuvent produire et en permettant d'affecter à d'autres fins des ressources consacrées aujourd'hui à la santé et au bien-être. Des milliers de Canadiens succombent longtemps avant que la société ait pu profiter pleinement de leur productivité[2]; des milliers ne produisent pas parce qu'ils souffrent d'un invalidité physique ou mentale permanente, et des milliers d'autres manquent des heures de travail ou d'école ou interrompent leur activité à domicile à cause de maladies passagères.

En appliquant les estimations du professeur Burton A. Weisbrod[3] sur la valeur actuelle des gains nets perdus par les hommes et les femmes des

---

[1] Voir les chapitres 7 et 13.

[2] En 1960, 57,691 personnes âgées de moins de 65 ans sont décédées au Canada. (Voir Bureau fédéral de la statistique, *Statistique de l'état civil, 1960.*)

[3] B. A. Weisbrod, *Economics of Public Health,* chapitre 7, pp. 48-70.

États-Unis en 1950 et à la mortalité attribuable au cancer, aux maladies de l'appareil circulatoire et aux accidents au Canada en 1960[1], on peut se faire une bonne idée du coût économique de la mortalité précoce. Si l'on adopte un taux d'escompte de 10 p. 100, l'élimination de ces décès pour une seule année aurait représenté l'équivalent d'un gain net de plus de 400 millions de dollars, déduction faite des dépenses de consommation des survivants; ce résultat atteste que les dépenses de santé font un bon placement. Si l'on choisit un taux d'escompte de 4 p. 100, les gains n'en sont que plus impressionnants, comme l'indique le tableau 12-2 où l'adoption d'un taux d'escompte de 4 p. 100 a porté de 118 à 167 millions les gains résultant d'une réduction de la mortalité par le cancer. Un taux d'escompte plus bas se traduirait également par une augmentation de la valeur de la production consécutive à l'élimination d'accidents. Cela vaut en particulier quand il s'agit de la mort d'enfants, en cas d'accident par exemple. Si le taux d'escompte est élevé, les gains réalisables dans un avenir éloigné n'ont qu'une faible valeur actuelle, de sorte que, économiquement parlant, la perte d'un enfant a moins de répercussions économiques que la mort d'un adulte du sexe masculin.

L'absentéisme causé par la maladie ou les accidents impose aussi un lourd fardeau aux Canadiens. Le rapport de cause à effet n'est pas facile à déterminer, mais il n'en reste pas moins qu'il existe une corrélation étroite entre le revenu d'un individu donné et le nombre de jours d'incapacité auxquels il est contraint par la maladie. Les bas revenus et les maladies dont la durée dépasse la moyenne coïncident encore trop fréquemment dans notre société. Ainsi, chaque jour en moyenne, environ 2 p. 100 de la population active[2] est absente du travail pour cause de maladie ou d'accident; pour une année entière, la perte totale attribuable à des maux physiques passagers a atteint presque 34 millions de jours, soit 5.2 jours par employé. On estime que les invalidités physiques totales ont occasionné la perte de 53 millions de jours de travail et les maladies mentales, 11.4 millions. Ces absences se sont traduites par une perte de production estimée à au moins 1,420 millions de dollars, soit l'équivalent d'environ 3.8 p. 100 de la production nationale (P.N.B.) et de 6.4 p. 100 du total des salaires des civils. Cette perte de production tient à une diminution de la productivité qu'on évalue à environ 490 millions pour les maux passagers chez ceux qui normalement travaillent, à 765 millions pour les invalidités physiques permanentes et à 165 millions pour les maladies mentales.

En 1961 le nombre des heures de travail du Canadien s'est établi à 2,164 par an en moyenne; pour une semaine ordinaire de cinq jours et de quarante heures, cela donne 270 jours de travail par an. Par conséquent les 64 millions de jours-hommes d'inactivité attribuables à l'invalidité physique totale et aux maladies mentales représentent une perte globale possi-

---

[1] Voir les tableaux 12-2 à 12-4.

[2] En 1960, le taux des absences pour cause de maladie certifiée dans la fonction publique fédérale a été de 1.9 p. 100. Voir: Bureau fédéral de la statistique, *La maladie dans le service civil, 1960,* Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1962, p. 12.

TABLEAU 12-2 ESTIMATION ACTUELLE DE LA PERTE DE PRODUCTION NETTE OCCASIONNÉE PAR LES DÉCÈS DUS AU CANCER, CANADA, 1960, TAUX D'ESCOMPTE DE 4 ET DE 10 P. 100

Groupe d'âge	Hommes			Femmes			Hommes		Femmes		Les deux sexes	
	Taux d'escompte de 10 p. 100						Taux d'escompte de 4 p. 100				Escompte 10 p. 100	Escompte 4 p. 100
	Total des décès, 1960	Valeur actuelle des gains nets perdus par un homme à chaque âge	Valeur actuelle totale des gains nets perdus	Total des décès, 1960	Valeur actuelle des gains nets perdus par une femme à chaque âge	Valeur actuelle totale des gains nets perdus	Valeur actuelle des gains nets perdus par un homme à chaque âge	Valeur actuelle totale des gains nets perdus	Valeur actuelle des gains nets perdus par une femme à chaque âge	Valeur actuelle totale des gains nets perdus	Valeur actuelle des gains nets perdus par une personne à chaque âge	Valeur actuelle totale des gains nets perdus
		$	millions de $		$	millions de $	$	millions de $	$	millions de $	$	millions de $
0-4	119	1,897	.24	110	1,984	.22	19,672	2.34	17,841	1.96	.46	4.30
5-9	90	3,633	.33	57	3,753	.21	23,857	2.15	21,691	1.24	.54	3.39
10-14	58	7,611	.44	46	7,798	.36	30,651	1.78	27,957	1.29	.80	3.07
15-19	71	14,933	1.06	37	15,315	.57	39,741	2.82	36,487	1.35	1.63	4.17
20-24	65	22,415	1.46	38	20,966	.80	47,017	3.06	41,077	1.79	2.26	4.85
25-29	87	26,258	2.28	82	21,515	1.76	48,826	4.25	39,496	3.24	4.04	7.49
30-34	134	26,966	3.61	155	21,889	3.39	46,396	6.22	37,169	5.76	7.00	11.98
35-39	184	26,324	4.84	308	21,363	6.58	41,921	7.71	33,344	10.27	11.42	17.98
40-44	270	23,273	6.28	488	18,479	9.02	34,821	9.40	26,991	13.17	15.30	22.57
45-49	533	19,056	10.16	755	14,470	10.92	26,848	14.31	19,849	14.99	21.08	29.30
50-54	778	14,741	11.47	866	10,731	9.29	19,343	15.05	13,526	11.71	20.76	26.76
55-59	1,175	10,666	12.54	998	7,048	7.03	12,631	14.84	7,777	7.76	19.56	22.60
60-64	1,409	5,833	8.22	1,118	3,276	3.66	5,769	8.13	2,598	2.90	11.88	11.03
65-69	1,727	616	1.06	1,293	—62	—.08	—484	—.84	—1,421	—1.84	.98	—2.68
Total	6,700	—	63.98	6,351	—	53.73	—	91.22	—	75.59	117.71	166.81

SOURCE: Bureau fédéral de la statistique, *Statistique de l'état civil, 1960*, et Burton A. Weisbrod, *Economics of Public Health*, Presses de l'Université de Pennsylvanie, Philadelphie, 1961. Les valeurs actuelles se fondent sur les données américaines de 1950.

TABLEAU 12-3 ESTIMATION ACTUELLE DE LA PERTE DE PRODUCTION NETTE OCCASIONNÉE PAR LES DÉCÈS DUS AUX MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE, CANADA, 1960, TAUX D'ESCOMPTE DE 10 P. 100

Groupe d'âge	Hommes			Femmes			Les deux sexes	
	Total des décès, 1960	Valeur actuelle des gains nets perdus à chaque âge	Valeur actuelle totale des gains nets perdus	Total des décès, 1960	Valeur actuelle des gains nets perdus à chaque âge	Valeur actuelle totale des gains nets perdus	Total des décès, 1960	Valeur actuelle totale des gains nets perdus
		$	millions de $		$	millions de $		millions de $
0–4	17	1,897	.03	12	1,984	.02	29	.05
5–9	11	3,633	.04	8	3,753	.03	19	.07
10–14	12	7,611	.09	12	7,798	.09	24	.18
15–19	18	14,933	.27	20	15,315	.31	38	.58
20–24	29	22,415	.65	25	20,966	.52	54	1.17
25–29	53	26,258	1.39	40	21,515	.86	93	2.25
30–34	133	26,966	3.59	60	21,889	1.31	193	4.90
35–39	373	26,324	9.82	121	21,363	2.58	494	12.40
40–44	676	23,273	15.73	177	18,479	3.27	853	19.00
45–49	1,343	19,056	25.59	366	14,470	5.30	1,709	30.89
50–54	1,928	14,741	28.42	569	10,731	6.11	2,497	34.53
55–59	2,691	10,666	28.70	858	7,048	6.05	3,549	34.75
60–64	3,483	5,833	20.32	1,463	3,276	4.79	4,946	25.11
65–69	4,105	616	2.53	2,135	—62	—.13	6,240	2.40
Total	14,872	—	137.17	5,866	—	31.11	20,735	168.28

SOURCE: Tableau 12-2.

TABLEAU 12-4 ESTIMATION ACTUELLE DE LA PERTE DE PRODUCTION NETTE OCCASIONNÉE PAR LES DÉCÈS DUS AUX ACCIDENTS, CANADA, 1960, TAUX D'ESCOMPTE DE 10 P. 100

Groupe d'âge	Hommes			Femmes			Les deux sexes	
	Total des décès, 1960	Valeur actuelle des gains nets perdus à chaque âge	Valeur actuelle totale des gains nets perdus	Total des décès, 1960	Valeur actuelle des gains nets perdus à chaque âge	Valeur actuelle totale des gains nets perdus	Total des décès, 1960	Valeur actuelle totale des gains nets perdus
		$	millions de $		$	millions de $		millions de $
0–4	751	1,897	1.42	517	1,984	1.03	1,268	2.45
5–9	401	3,633	1.46	186	3,753	.70	587	2.15
10–14	347	7,611	2.64	112	7,798	.87	459	3.51
15–19	627	14,933	9.36	167	15,315	2.56	794	11.92
20–24	696	22,415	15.60	114	20,966	2.39	810	17.99
25–29	638	26,258	16.75	110	21,515	2.37	748	19.12
30–34	529	26,966	14.27	104	21,889	2.28	633	16.54
35–39	525	26,324	13.82	132	21,363	2.82	657	16.64
40–44	458	23,273	10.66	110	18,479	2.03	568	12.69
45–49	490	19,056	9.34	128	14,470	1.85	618	11.19
50–54	484	14,741	7.13	114	10,731	1.22	598	8.36
55–59	410	10,666	4.37	99	7,048	.70	509	5.09
60–64	343	5,833	2.00	111	3,276	.36	454	2.36
65–69	331	616	.20	112	—62	—.01	443	.20
Total	7,030	—	109.03	2,116	—	21.17	9,146	130.20

SOURCE: Tableau 12-2.

ble de 237,000 années-hommes de travail[1]. Nous n'entendons pas par là que tous les invalides physiques et mentaux peuvent être remis sur pied, mais on nous a signalé que beaucoup pourraient être réadaptés, totalement ou partiellement.

Les Canadiens entendent beaucoup parler de l'importance du chômage dans leur propre pays; on leur dit qu'il y est plus élevé que partout ailleurs chez les nations industrialisées du monde. En 1962, la moyenne pour l'année a été de 391,000 sans-travail. Les chômeurs «invisibles», les handicapés et les malades mentaux, qui représentent un potentiel de 237,000 années-hommes de travail, comptent pour les trois cinquièmes environ du nombre réel de chômeurs.

Un des objectifs principaux de la politique économique du Canada a été d'accélérer le rythme de la croissance économique, de consolider les assises économiques de la nation et de ramener à un niveau plus acceptable le volume du chômage. Nous croyons que l'opportunité de mettre en œuvre des mesures visant à réduire le nombre des chômeurs «invisibles», pour le plus grand bien des intéressés, de leurs familles et de l'ensemble du pays, repose sur des arguments tout aussi solides.

Ceux que nous avons appelés les «chômeurs invisibles» pourraient rendre à la nation des services vraiment précieux sur le plan économique et social. Mais il faudrait y mettre le prix. De plus, en dépit de la perte très forte de production attribuable à la mortalité et à la maladie, il reste vrai qu'elle ne représente qu'une proportion relativement modeste de la production globale; dans l'état actuel de nos connaissances, on ne peut qu'atténuer ces pertes et la mesure dans laquelle il sera possible de le faire dépendra jusqu'à un certain point des efforts déployés par la société pour atteindre un objectif aussi important.

La réduction des morts accidentelles pose de très nombreux problèmes. Les maladies de l'appareil respiratoire, notamment le rhume ordinaire, comptent pour une part appréciable dans les pertes attribuables aux maladies passagères chez ceux qui travaillent régulièrement; chez les malades mentaux, exclus de la population active, 40 p. 100 peut-être souffrent de déficience mentale et beaucoup sont irrémédiablement inaptes au travail. Il serait illusoire de s'imaginer qu'il sera possible un jour ou l'autre d'éliminer la mortalité, la maladie et l'invalidité chez la population active. Néanmoins, si la productivité perdue du fait de la maladie pouvait être réduite, ne fût-ce que du tiers, soit de l'équivalent de 500 millions de dollars par an, cela contribuerait largement à l'entretien de ceux qu'il faut

[1] Au cours de nos audiences, on nous a donné plusieurs exemples de pertes économiques attribuables à la maladie. En voici un: «Les chiffres cités dans la revue *Notes à retenir* du Congrès du Travail du Canada, vol. 4, n° 5, 1er mai 1961, fournissent un exemple saisissant de ce gaspillage. Ils indiquent qu'en 1960, alors qu'on a perdu 747,120 jours-hommes de travail par suite de grèves, la maladie en a fait perdre 27 fois plus, soit 20,228,000, ce qui n'empêche pas d'accorder 27 fois plus de publicité aux pertes occasionnées par les grèves. Le chômage a causé la perte de 105,716,000 jours-hommes, soit 141 fois plus que les grèves.» Mémoire présenté par Robert M. Strachan, M.A.L., chef de l'opposition en Colombie-Britannique, à la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Victoria, 1962, p. 8.

faire vivre de toute façon, à moins qu'on n'écarte totalement toute considération d'ordre humanitaire.

On ne saurait trop répéter que la réadaptation des travailleurs serait payante. C'est ce qui ressort de l'activité conjointe du gouvernement fédéral et des provinces dans les cadres du Programme de réadaptation des civils et du Programme de formation technique et professionnelle. La Direction de la réadaptation des civils du ministère du Travail a fait une étude de près de 10,000 réadaptés. D'après ce qu'aurait coûté la subsistance de ceux qui ont été réadaptés en 1961-1962 et à supposer que ceux qui l'ont été plus tôt aient gagné au moins autant que les réadaptés de 1961-1962, on estime que, cette année-là, la somme épargnée, au poste des frais d'entretien, a avoisiné 60 millions tandis que, de leur coté, ceux qui étaient au travail ont gagné plus de 180 millions[1]. Les frais médicaux de toutes catégories qu'il a fallu forcément assumer se sont établis, en moyenne, à $1,000 par réadapté. Les soins de santé donnés à ceux qui étaient encore incapables de travailler après avoir profité de ces services ont, bien entendu, occasionné d'autres frais. Mais, compte tenu de tout cela, le succès du programme semble incontestable. Un autre témoignage, celui du Conseil de coordination de la réadaptation en Saskatchewan, indique que les frais d'entretien d'un groupe de 71 réadaptés ont été diminués de $54,580 par année pour le contribuable. Chaque membre du groupe avait gagné en moyenne environ $2,000 par année.

Les données sur lesquelles on peut se fonder pour évaluer le coût économique de la mortalité précoce et de la maladie sont à la fois limitées et approximatives. Elles sont quand même utiles en ce qu'elles donnent une idée de l'ordre de grandeur de ces frais. Le tableau 12-5 indique ce qu'il en coûte dans le cas des maladies mentales, des maladies de l'appareil circulatoire, des accidents et du cancer. Ces chiffres comprennent les pertes estimatives du fait de la mortalité en 1960, les pertes de production occasionnées par la maladie et, enfin, les frais de traitement. Ce sont les maladies mentales, qui comptent pour une somme évaluée à 535 millions, qui sont les plus coûteuses. Viennent ensuite les maladies de l'appareil circulatoire (409 millions), les accidents (241 millions) et le cancer (178 millions). Ces données, bien qu'approximatives, donnent une idée des secteurs où les dépenses de santé pourraient rapporter le plus et de la nature des avantages qui en résulteraient. On reconnaît généralement que les maladies mentales sont de beaucoup les plus coûteuses pour les Canadiens, à cause tant de la perte de productivité que des frais d'entretien et de traitement; elles coûteraient encore beaucoup plus si les malades mentaux profitaient de soins hospitaliers d'aussi bonne qualité que les autres malades. D'autre part, les pertes occasionnées par les maladies de l'appareil respiratoire, le cancer et les accidents découlent surtout de la mort prématurée de Canadiens pendant les années les plus productives de leur existence, l'époque de la maturité; cependant, la perte de production et le coût du traitement ne sont pas quantité négligeable.

---

[1] *Ministère du Travail, La réadaptation au Canada,* Ottawa, Imprimeur de la Reine.

TABLEAU 12-5 ESTIMATION DE LA PERTE DE PRODUCTIVITÉ ATTRIBUABLE À CERTAINES MALADIES, CANADA, 1960-1961

Élément	Maladies mentales	Maladies de l'appareil circulatoire	Accidents	Cancer
		(millions de dollars)		
Mortalité	—	168	130	118
Morbidité	165	130	71	7
Frais de traitement	370	111	40	53
TOTAL	535	409	241	178

SOURCE: J. J. Madden, *L'économique de la santé*, et R. Kohn, *L'état de santé de la population canadienne*, études réalisées pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964.

COÛTS ET AVANTAGES

Nous avons cherché à déterminer les avantages que rapportent les sommes affectées aux services de santé puisqu'il est logique, avant de les mesurer, de commencer par les définir. Nous reconnaissons que notre horizon est limité par l'impossibilité où nous sommes pour le moment de mesurer quantitativement ces avantages avec exactitude, mais nous estimons que les données recueillies nous permettent d'affirmer que la réduction de la mortalité prématurée et de la maladie nous a été très profitable sur le plan social et économique et que nous pouvons compter en récolter d'autres avantages. L'affectation de fonds de recherche aux programmes afférents au cancer, aux accidents et aux maladies mentales, ou aux services de diagnostic et de traitement, serait assurément très profitable si elle se traduisait par un nouveau recul de la maladie et de la mortalité. D'autre part, un dépistage précoce du cancer, qui abaisserait le taux de mortalité sans réduire le taux de morbidité, pourrait entraîner une augmentation des frais de traitement pour les survivants, en plus d'une perte économique de production correspondant à la consommation supplémentaire d'un membre improductif de la société, comme il en est déjà des enfants atteints de graves déficiences mentales.

Il importe donc de souligner que les avantages d'une expansion des services de santé comporteront forcément des frais. La diffusion des renseignements sur les dangers qui menacent la santé, l'enseignement de mesures de sécurité, le recrutement d'un plus grand nombre de spécialistes et l'achat

de matériel scientifique de même que l'engagement d'un personnel auxiliaire pour les recherches sur la santé, la formation d'un plus grand nombre de médecins, de dentistes et d'infirmières pour donner des soins à ceux qui n'en reçoivent pas en ce moment et l'établissement de nouveaux centres de diagnostic, de traitement et de réadaptation au bénifice des invalides mentaux et physiques exigeront l'affectation, aux services de santé, de ressources qui pourraient répondre à d'autres besoins d'investissement et de consommation, à moins qu'elles ne soient en ce moment inutilisées. C'est parce qu'on se rendait compte de ce que peuvent rapporter les investissements en capital humain qu'on a récemment lancé une enquête sur les rapports entre leur coût et leurs avantages; toutefois, les données nécessaires à cette évaluation sont encore limitées et approximatives. Pour le moment, il est impossible d'affirmer qu'un investissement dans les services de santé rapportera 10 p. 100, ou que l'affectation d'un million de dollars de plus à la recherche rapportera 9 p. 100 comparativement à un rendement de 11 p. 100 pour un autre million consacré à un centre de réadaptation. Pourtant, il faut choisir, puisque nous n'aurons pas assez de ressources pour éliminer toutes les maladies. Il est indispensable, nous l'avons dit, que la politique nationale en matière de dépenses de santé s'appuie sur certains principes directeurs; les avantages économiques qu'on pourrait attendre du recul de certaines maladies en sont un. Il ne faut pas tolérer que des pressions et des intérêts particuliers déterminent l'affectation des ressources à certaines maladies plutôt qu'à d'autres.

La hiérarchisation des urgences et la structure d'un programme de santé souple et intégré doivent s'appuyer sur l'intérêt national et sur des plans et des préparatifs appropriés. Pour aider ceux sur qui reposent les décisions, dans les assemblées législatives, au sein des gouvernements, dans le secteur de la santé et chez le grand public, il importe de poursuivre sans relâche la recherche économique et l'analyse de l'information et de diffuser les résultats obtenus de telle façon que les programmes et les initiatives se fondent sur une connaissance suffisante de l'ordre de grandeur des dépenses courantes et supplémentaires de santé et des avantages qu'elles peuvent rapporter. Cela pourrait être une des fonctions du Conseil de recherches en sciences de la santé dont nous proposons la création[1].

[1] Voir le chapitre 2, recommandations 177-185.