PARTIE IV PROBLÈMES ACTUELS ET BESOINS FUTURS

Le personnel

INTRODUCTION

Dans un domaine aussi dynamique que celui des services de santé, où les découvertes se succèdent pour ainsi dire sans interruption, les prévisions sont forcément aléatoires. Néanmoins, la planification est un des éléments essentiels à la bonne administration des services de santé et à l'établissement du budget d'équipement et de fonctionnement de la vaste industrie qui doit répondre aux besoins du domaine de la santé. Administrateurs et planificateurs ont besoin de projections. Des plans fondés sur les données les plus récentes relatives aux tendances actuelles et probables et un examen et une analyse continue des programmes existants doivent réduire au minimum les possibilités de désuétude. Cependant, s'il fallait attendre des solutions définitives à tous les problèmes actuels, il faudrait sacrifier les avantages qu'on peut tirer des connaissances déjà acquises. Parce que les sanatoriums pour tuberculeux et les hôpitaux pour maladies mentales sont devenus désuets, cela ne veut pas dire qu'on a eu tort de les aménager; sans eux, le progrès n'aurait pas été possible. Pour tout nouvel hôpital, la désuétude commence le jour où il ouvre ses portes. Cela est inévitable et fait partie de la rançon qu'il faut payer dans tous les domaines où le progrès technique joue un rôle. Dans certains cas, la désuétude peut être retardée; ainsi, les bâtiments d'une nouvelle institution pour malades mentaux peuvent être conçus de façon qu'on puisse les utiliser à d'autres fins institutionnelles le jour où ils ne pourront plus servir à l'hospitalisation.

Pour déterminer ce que l'avenir réserve aux principaux éléments qui composent le complexe des services de santé—personnel, installations, financement et mode d'organisation—il faut tenir compte de quatre facteurs qui se rattachent à l'évolution sociale en général et à l'évolution du complexe des services de santé en particulier. Nous les avons étudiées déjà aux chapitres 4 et 11; nous en faisons ici une brève mention pour rappeler le rôle important qu'ils jouent dans le développement des services de santé.

L'évolution démographique, (chiffre de la population, composition par âge, mobilité et mouvement des campagnes vers les villes) est le premier de ces facteurs. En supposant un solde annuel net de 50,000 immigrants, on calcule que la population canadienne sera de 35.1 millions en 1991. On suppose que cette année-là le nombre des enfants de moins de quinze ans

aura presque doublé par rapport à ce qu'il est aujourd'hui et que le nombre de personnes âgées de soixante ans et plus aura plus que doublé¹. Le chapitre 4 où nous avons vu qu'entre 1948 et 1961, chez les familles qui touchaient les allocations familiales, il y a eu augmentation de plus de 19 p. 100 à plus de 26 p. 100 du nombre de celles qui ont changé de domicile, donne une idée de la mobilité de notre population. Il semble incontestable que cette tendance se perpétuera. De profonds changements ont découlé du mouvement des campagnes vers les villes; en 1901, 37 p. 100 des Canadiens vivaient dans les régions urbaines; en 1961, la proportion était de 70 p. 100.

Le rythme des découvertes et des applications techniques est le deuxième facteur important qui influe sur l'évolution du complexe des services de santé. L'application technique des connaissances anciennes et nouvelles exige un effectif spécialisé. Des activités et des professions nouvelles naissent du progrès technique et, à mesure que le rythme s'en accélère, une multitude de nouveaux métiers et de nouvelles professions apparaissent.

La demande croissante de services, par opposition aux biens matériels, est le troisième facteur qui favorise l'évolution. Parmi les nouvelles activités, beaucoup sont orientées vers les services; dès qu'il s'en établit de nouveaux, ils font l'objet d'une plus forte demande. A mesure que la société devient plus prospère, elle réclame plus de services; les particuliers, dont le revenu s'élève, en consomment aussi davantage sous forme de divertissements, de voyages, d'instruction et de soins de santé. Cette évolution fait pendant à la recherche d'un niveau d'existence plus élevé et plus diversifié.

Le quatrième facteur dont il faut tenir compte dans l'évaluation de l'évolution passée et future de la société est le rôle que joue le gouvernement dans la vie de la société industrielle moderne. A mesure que cette société devient plus complexe, les citoyens attendent de leurs gouvernements qu'ils participent de plus en plus à l'activité économique et qu'ils s'efforcent d'assurer à tous de meilleures chances de santé et de bonheur.

A la lumière de ces quatre facteurs et par un examen des tendances actuelles de l'effectif de personnel et d'installations, des méthodes d'organisation et des moyens de financement des soins de santé, nous chercherons à déterminer quelles sont les possibilités d'assurer aux Canadiens «les soins de santé les meilleurs possible». Nous examinons, dans le présent chapitre, l'effectif futur de médecins, de dentistes, d'auxiliaires dentaires et d'infirmières. L'analyse de l'effectif futur de pharmaciens et d'autres catégories du personnel de santé figurera au volume II du présent rapport. Le chapitre 14 porte sur certaines transformations des installations de santé et sur leur effectif futur. Nous nous penchons au chapitre 15 sur l'évolution de l'organisation des services de soins à domicile et de réadaptation. Les problèmes afférents à la fourniture et à la distribution, au coût et au prix présent et futur des médicaments sont examinés aux chapitres 16 et 17. Le régime d'assurance médicale, qui fait le sujet du chapitre 18, est l'un des plus grands problèmes que la Commission ait eu à étudier.

¹ Voir tableau 4-4.

L'EFFECTIF FUTUR DE MÉDECINS

Combien de nouveaux médecins?

Nous avons vu au chapitre 7 que le nombre de médecins en activité, à un moment déterminé, est représenté par le solde entre les entrées de personnel médical (diplômés des écoles de médecine, médecins qui immigrent ou médecins qui reviennent à la profession après une période d'inactivité) et les sorties (médecins qui émigrent, se retirent ou meurent). Cependant, les estimations des effectifs futurs, fondées sur l'écart entre les entrées et les sorties, risquent de laisser de côté certaines données essentielles. Quels seront, par exemple, les effets de l'évolution technique? Permettra-t-elle aux médecins de soigner plus de malades? On peut s'y attendre, si l'exercice groupé se développe et si l'on fait appel davantage au personnel paramédical. Certains progrès techniques comme la chirurgie à cœur ouvert peuvent jouer en sens inverse ou être assimilés aux actes qui, dans la langue des économistes, «font grand appel au travail». Les médecins devront ainsi éxécuter des actes qui étaient inconnus avant l'avènement de ces progrès ou qui étaient exécutés par moins de médecins.

Pouvons-nous supposer que le rythme actuel du progrès technique en matière de soins de santé se continuera? Ces dernières années, par exemple, le progrès de la pharmacothérapie a permis aux médecins de traiter plus efficacement un plus grand nombre de malades. Peut-on s'attendre que cette évolution se perpétuera? Ces progrès, s'ils se continuent, compenseront-ils la plus forte demande de soins de santé qui découlera de l'accroissement démographique et des plus grands espoirs qu'on fondera sur la médecine? Dans l'impossibilité où nous sommes de répondre avec assurance à ces questions, il nous faut nous résoudre à recourir à un indicateur assez grossier, le rapport population-médecin (ou à un autre critère qui en est la réciproque, le nombre de médecins pour 100,000 habitants). Nous nous rendons compte que ce critère est affaibli par les insuffisances que nous avons mentionnées au chapitre 7, mais il peut quand même indiquer les grandes tendances.

Le tableau 13-1 indique quel sera le nombre probable de médecins entre 1961 et 1991, d'après le rendement maximum possible des écoles canadiennes de médecine et de l'Université de Sherbrooke qui se propose d'accueillir ses premiers étudiants en médecine pour l'année scolaire 1967-1968. Le rapport population-médecin connaîtra probablement une légère amélioration, de 856.6 à 852.9, entre 1961 et 1971. Après 1971, cependant, à moins d'une expansion de nos installations d'enseignement, il ne pourra que s'élever parce que la population continuera de s'accroître, que les écoles de médecine auront atteint le rendement maximum que peuvent donner de leurs installations actuelles et qu'un fléchissement, de 400 à 250 annuellement, est prévu quant au nombre de médecins qui immigreront après 1971.

TABLEAU 13-1 EFFECTIF ESTIMATIF DE MÉDECINS ET RAPPORTS POPULATION-MÉDECINS QUI EN RÉSULTE, CANADA, PAR PÉRIODE QUINQUENNALE, 1961-1991

Année	Nombre estimatif de médecins d'après les tendances actuelles des entrées*	Rapport population-médecin†
1961	21,290‡	856.6
1966		856.1
1971	26,486	852.9
1976	28,730	878.3
1981	30,702	920.0
1986		980.0
1991	20,145	1,050.6

^{*}Estimation fondée sur le rendement prévu des écoles de médecine sans grande expansion (à l'exception de l'Université de Sherbrooke qui est incluse) d'après le nombre de résidents canadiens admis à l'internat (nombre total moins 10 p. 100), immigration de 400 médecins jusqu'à 1971, de 300 jusqu'à 1981 et de 250 jusqu'à 1991 et un taux composite d'abandon des études de 3 p. 100 chaque année.

†Estimations de la population fondées sur une immigration nette de 50,000 personnes par

‡Bureau fédéral de la statistique, Recensement du Canada, 1961, vol. III, Partie I, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1963, tableau 6.

SOURCE: S. Judek, Les effectifs médicaux du Canada, étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964, et J. A. MacFarlane, et autres, La formation médicale au Canada, étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964.

Le tableau 13-2 fait le rapprochement entre les entrées de médecins et le maintien ou l'amélioration du rapport population-médecin. La colonne (1), reproduction de la colonne correspondante du tableau 13-1, indique quel sera l'effectif de médecins si aucune autre école de médecine n'est aménagée. La colonne (2) indique le nombre de médecins qu'il faudra pour maintenir le rapport population-médecin de 1961, soit 857. La colonne (3) indique s'il y a excédent ou déficit. La colonne (4) donne une estimation du nombre de médecins qu'il faudrait pour que le rapport population-médecin continue de s'améliorer au même rythme que durant la décennie précédente. D'après les estimations, le déficit, en 1991, sera de 7,547 médecins si l'on se fonde sur la colonne (2), et de 19,375 si l'on se fonde sur la colonne (4).

Ces deux déficits impressionnants attestent que l'aménagement d'installations suffisantes pour l'enseignement de la médecine afin de maintenir ou d'améliorer le niveau des services médicaux assurés aux Canadiens est un problème qui exige une attention immédiate. Mais laquelle des deux hypothèses qui servent de fondement à ces déficits estimatifs est la plus près de la réalité? Nous croyons qu'il serait plus pratique de se fixer comme objectif le maintien du rapport population-médecin de 1961 que de chercher

TABLEAU 13-2 EFFECTIF PROJETÉ DE MÉDECINS, SELON DEUX ORDRES DE BESOINS POSSIBLES, ET EXCÉDENTS ET DÉFICITS CONNEXES, CANADA, PAR PÉRIODE QUINQUENNALE, 1961-1991

	Dir. if		83	. 80	1	99	6;	د
(s)	Excédent ou déficit (4) – (1)	1	- 983	- 2,228	- 4,691	- 8,366	-13,329	- 19,375
(4)	Nombre estimatif de médecins nécessaire pour abaisser le rapport popméd. au mêne rythme que durant la période 1951-1961‡	ì	24,691	28,714	33,421	39,068	45,520	52,792
(3)	Excedent ou deficit (2)—(1)	1	+ 25	+ 128	- 713	-2,257	-4,618	-7,547
(2)	Nombre estimatif de médecins nécessaire pour maintenir le rapport population-médecin (857) de 1961†	21,290	23,683	26,358	29,443	32,959	36,809	40,964
(1)	Nombre estimatif de médecins, d'après les tendances actuelles des entrées*	21,290	23,708	26,486	28,730	30,702	32, 191	33,417
	Année	1961	1966	1971	1976.	1981	9861	1661
			74564	—35 }				

*Voir tableau 13-1, note *

†Le rapport était de 857 en 1961. Les estimations de la population sont fondées sur une immigration annuelle nette de 50,000 personnes. ‡S. Judek, Les effectifs médicaux au Canada, étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964, chapitre 8.

de la Reine, 1964, et J. A. MacFarlane, et autres, La formation médicale au Canada, étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services SOURCE: S. Judek, Les effectifs médicaux au Canada, étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, Imprimeur Bureau sédéral de la statistique, Recensement du Canada, 1961, vol. III, Partie I, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1963, tableau 6. de santé, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964. à maintenir le rythme de l'amélioration de la décennie 1951-1961. Donc, une augmentation de 7,547 médecins d'ici 1991 représente nos besoins minimums.

L'afflux d'immigrants médecins (moyenne de 461 par année) qui a persisté pendant cette décennie a largement contribué au rythme de l'amélioration. Sans cet apport de l'immigration, le rapport population-médecin se serait élevé. Il faut nous demander si, à l'avenir, les autres pays continueront de nous fournir une large part de l'effectif de médecins dont nous avons besoin. Il est peu probable que cet apport se continue indéfiniment bien que les rapports indiquent que la forte immigration de médecins au Canada se maintient depuis 1961. D'ici 1971, il est fort possible que le niveau de l'immigration se maintienne à environ 400 médecins annuellement. Par la suite, le nombre en diminuera probablement. A supposer que les entrées se maintiennent à ce rythme jusqu'en 1971, dans quelle mesure pourronsnous développer nos écoles de médecine et à quel rythme pourrons-nous en aménager de nouvelles pour former le nombre de médecins dont nous aurons besoin?

Les dovens de nos douze écoles de médecine ont indiqué que le niveau actuel des inscriptions pourrait être accru de 15 p. 100 environ, soit de 1,000 en 1961-1962 à 1,147 en 1965-19661. Les données que nous avons recueillies confirment leurs délarations. En établissant à 10 p. 100 le taux d'abandon des études pour les quatre années du cours de médecine, on arrive à 1,032 admissions à l'internat en 1969-1970. Si l'on tient compte de la perte d'une autre tranche de 10 p. 100 représentée par les non-résidents qui retournent dans leur pays, on obtient le chiffre de 929 médecins qui s'ajouteront aux effectifs médicaux du Canada. Pour accroître davantage notre effectif de médecins, il faudra développer les écoles de médecine actuelle en vue de l'inscription chaque année de 82 étudiants canadiens de plus en première année à partir de 1966-1967, en plus de toutes les nouve'les places attribuées à des étudiants étrangers. Compte tenu de la tranche de 10 p. 100 des abandons d'études, cela donnerait 75 médecins de plus chaque année à partir de 1970. Après le diplôme, l'effectif de médecins subirait une perte annuelle de 3 p. 100 attribuable à l'émigration, à la retraite et aux décès.

Pour augmenter davantage le nombre de médecins, nous en sommes venus à la conclusion qu'il faudra aménager quatre nouvelles écoles de médecine d'ici 1971-1972, et une cinquième peu après. Chacune des quatre nouvelles écoles devrait accueillir 48 étudiants la première année et 64 la deuxième. Compte tenu du 10 p. 100 des abandons d'études et de la perte de 10 p. 100 des non-résidents, l'admission de 48 étudiants donnerait un résultat net de 39 en dernière année du cours et l'admission de 64 étudiants un résultat net de 52.

Afin de répondre aux besoins futurs, il faudra développer les écoles existantes et en construire de nouvelles pour accroître le nombre des inscrip-

¹ J. A. MacFarlane, et autres, *La formation médicale au Canada*, étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964, chapitre 11.

tions de 32 en 1972-1973, de 64 en 1973-1974, de 96 en 1974-1975, et ainsi de suite. Autrement dit, il faudra un accroissement *annuel* de 32 étudiants à compter de 1972-1973.

Le tableau 13-3 indique par quelle méthode notre effectif de médecins doit être accru pour que le rapport population-médecin de 1961 soit maintenu. Le tableau donne aussi une estimation de ce que sera l'accroissement du nombre des médecins si de nouvelles écoles de médecine sont aménagées et si les écoles actuelles sont agrandies suivant le programme énoncé ci-dessus; d'autre part, le tableau 13-4 indique comment ces changements influent sur le nombre total des étudiants de première année. Il est manifeste que la mise en œuvre de nos recommandations se traduira par une amélioration du rapport population-médecin. Si les écoles de médecine conservent leurs normes actuelles de rendement, le rapport population-médecin baissera d'ici 1971 et commencera ensuite à s'élever, tandis que, si les écoles sont agrandies, le rapport continuera de baisser jusqu'à 1986. Si le rapport actuel se maintient après cette date, il faudra construire de nouvelles écoles ou agrandir les installations actuelles d'ici 1982 au plus tard¹.

Des estimations comme celles qui précèdent sont approximatives et doivent être revues périodiquement à la lumière des circonstances. Il en ressort clairement, toutefois, que le Canada doit prendre sans tarder les mesures nécessaires pour assurer la formation, chez lui, d'un plus grand nombre de médecins. Puisque la planification et la construction d'une nouvelle école de médecine exige huit à dix ans, il faut dresser immédiatement les plans de la première des quatre nouvelles écoles et voir à ce que les plans de la cinquième soient prêts d'ici deux ans². L'aspect le plus important de cette planification est le recrutement d'un nombre suffisant de professeurs qualifiés.

Besoins de professeurs

Il saute aux yeux que nous manquons de normes pour mesurer les besoins de professeurs de nos écoles de médecine. On a parfois recours à cette fin aux moyennes des douze écoles canadiennes, mais, parce que les problèmes de ces institutions diffèrent à certains égards suivant les régions du pays, ces moyennes n'ont qu'une valeur limitée. Comme l'indique le tableau 13-5, un groupe d'étude des États-Unis a publié des normes concernant la dotation en personnel des écoles de médecine.

Les écoles de médecine sont de deux ordres de grandeur: les unes accueillent 64 étudiants et les autres 96 en première année. Comme la plupart des professeurs des petites écoles canadiennes de médecine dispensent une part importante et croissante de leur enseignement à d'autres qu'aux étudiants en médecine, l'effectif de 35 professeurs de sciences fondamentales dans les

² Nous proposons des emplacements pour ces cinq écoles de médecine au chapitre 2, recommandation 141.

¹ Pour plus de détails sur le mode de calcul de ces estimations, voir J. A. MacFarlane et autres, op. cit., chapitre 11.

TABLEAU 13-3 MOYEN D'ACCROÎTRE L'EFFECTIF DE MÉDECINS AU CANADA EN VUE DE MAINTENIR

	Š	mbre de mé	decins au Ca	Nombre de médecins au Canada, intervalles de cinq ans	alles de cino	n ans
Eléments —	1966	1971	1976	1981	1986	1661
BESOINS Pour maintenir le rapport population-médecin de 1961 (857)	23,683	26,358	29,443	32,959	36,809	40,964
actuelles (nombes doyens dans mais voir 2)	23,708	26,486	28,730 - 713	30,702 - 2,257	32,191 -4,618	33,417 -7,547
2. Nouvelles mesures et (ou) installations a) Acceptation annuelle de 83 résidents canadiens de plus à partir de 1966-1967; rendement annuel de 75 à partir de 1969-1970. (Il ne chair annuel de 75 à partir de 1969-1970. (Il ne chair annuel de 75 à partir de 1969-1970.	i -	148	479	765	1,010	1,221
b) Nouries écoles de médecine: No 1—Admissions: 48, 1968-1969, 64, 1969-1970; rendement: 39 résidents canadiens pour l'internat en juin 1972 et de		·	33			782
52 en 1973. N° 2—Admissons 48, 1969-1970, 64, 1970-1971; rendement: 39, 1973, 52, 1974.	 	l 1	187	410	594	753
N° 3—Admissions: 48, 1970–1971, 64, 1971–1972; rendement: 39, 1974, 52, 1975	I	1	139	369	557	724
Nº 4—Admissions: 48, 1971–1972, 64, 1972–1973; rendement: 39, 1975, 52, 1976	i		68	322	521	692
c) Augmentation annuelle par la suite, grâce aux nouvelles écoles ou à l'expansion des écoles existantes: 32 inscriptions annuelles de plus à partir de 1972-1973 qui relèveront le rendement annuel de 26 de 1975-1976 à 1990-1991.	İ	1	26	518	1,553	3,054
	23,708	26,634	29,883	33,531	37,053	40,643
Solde Rapport population-médecin	+ 25 856.1	+ 276 848.1	+ 440 844.4	+ 572 842.4	+ 244 851.4	- 321 863.7

de 3 p. 100 comprend les migrations, les retraites et les décès. Le rendement des évoles de médecins est mesuré d'après le nombre de résidents canadiens (diplômés ou pré-diplômés) admis à l'internat en juin chaque année, c'est-à-dire le total de la classe de l'année moins 10 p. 100. Pour les intervalles, le sollée est exprimé sous forme d'excédent ou de déficit. Population fondée sur une immigration annuelle nette de 50,000. SOURCE: J. A. MacFarlane, et autres, La formation médicale au Canada, étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964.

SE	I	ъ
TABLEAU 134 NOMBRE DE PLACES QUE DEVRONT COMPTER LES CLASSES DE PREMIÈRE ANNÉE DES ÉCOLES CANADIENNES DE MÉDECINE, 1962-1963 À 1987-1988, SELON LA PROJECTION DE L'EFFECTIF	DE MEDECINS JUSQU'A 1991*	A transaction de discussion

Année

•	Augmenta- tion de l'année		<u>چ</u>	300	3 8	2 2	6 \$	₹ 5	8 6	»;	\$:	\$	48	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	3.2	3.5	3.5	3.5	32
	Total des places de première année	1 057	1,037	1,117	1,117	1,14/	1,230	1,2/0	1,320	1,406	1,4/0	1,534	1,582	1,614	1,646	1,678	1,710	1,742	1,774	1,806	1.838	1,870	1,902	1,934	1 966	1 998	2,030	2,062
	Augmentation annuelle de 32, 1972-1973 à 1987-1988		ļ	1	;			l		I	ı	1:	32	<u>\$</u>	96	128	160	192	224	256	288	320	352	384	416	448	480	512
	Nouvelle école nº 4		ļ	I	ı	ļ					8	ę ;	\$:	\$	\$	2	\$	2	4	\$	2	2	2	2	49	2	3	\$
cs sources	Nouvelle école nº 3	i	ı	I	ı	ı				%	9 3	.	\$ 3	\$:	\$	2	\$	2	2	\$	2	2	2	\$	\$	49	2	2
Augmentations de diverses sources	Nouvelle école n° 2	ı	I	ı	I	l	١	I	48	2 3	\$ 2	\$ 3	ŧ	\$;	\$	<u>z</u>	\$	2	2	2	2	4	2	2	2	64	\$	2
Augmenta	Nouvelle école n° 1	1		1	ļ		1	48	2	2	2 2	5 3	\$ 3	\$;	\$;	\$	2	2	\$	\$	2	2	2	\$	2	49	\$	2
	Université de Sherbrooke	1	1	1	ł	1	04	Ç.	3	2	2	5 3	5 3	\$ 3	\$;	Z :	\$	2	\$	\$	3	2	2	2	\$	\$	\$	\$
	Résidents canadiens	l	ı	1	ı	83	83	83	833	38	2	3 8	62	3 8	50	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83
	Projection B, places de 119 année	1,057	1,087	1,117	1,147	1,147	1,147	1,147	1,147	1,147	1.147	1 147	1,17	, , ,	1,14/	1,14/	1,147	1,147	1,147	1,147	1,147	1,147	1,147	1,147	1,147	1,147	1,147	1,147

1964-65 1965-66 1966-67 1966-70 1969-70 1971-72 1973-74 1974-75 1975-76 1979-80 1979-80 1979-80 1979-80

1981 environ le remeaurait usa instantaneurs un processe apres le programme en acceleration (voir texte), une nouvelle accélération du rythme d'expansion des admissions de première année. Comprend les étudiants tant résidents que non résidents. On suppose que 10 p. 100 des diplômés seront des non résidents (sauf pour le groupe de 83 étudiants résidents, à partir de 1966-1967, qui †Le besoin de «nouvelles places» en première année du cours médical sera réduit dans la mesure où ces 83 résidents canadiens de plus remplaceront donnera 75 internes à compter de 1969-1970).

1985-86 1986-87 1987-88

984-85

SOURCB: J. A. MacFarlane, et autres, La formation médicale au Canada, étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, des étudiants non résidents de première année. Le total de 1,230 places, pour l'année 1966-1967, pourrait donc être abaissé à 1,200 ou 1,175. Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964. institutions comptant 64 étudiants de première année est insuffisant pour les écoles canadiennes de médecine de cette taille. De plus, dans nos commentaires sur le nombre estimatif d'inscriptions nécessaires pour assurer l'effectif de médecins qu'il faut pour maintenir le rapport population-médecin de 857 au cours de quinquennats futurs, nous avons dit que les douze écoles canadiennes de médecine devront accroître le nombre de leurs inscriptions. Il en résultera un fardeau supplémentaire pour les petites comme pour les grandes écoles. De fait, avec les nouvelles inscriptions, les petites écoles, où la moyenne des admissions serait de 68, se rapprocheraient de moitié de la moyenne de 96. D'après MacFarlane, pour les petites écoles canadiennes qu'il range dans le groupe A au tableau 13-6, une moyenne de 40 professeurs de sciences fondamentales serait donc considérée comme un minimum¹. Le tableau 13-5 indique que, pour les petites écoles comptant 64 étudiants de première année, il faut 60 professeurs à temps plein pour l'enseignement clinique (la pathologie mise à part, mais y compris la médecine préventive). Selon MacFarlane, ce chiffre est plus élevé qu'il ne faut:

Pour les matières cliniques, nous posons en principe qu'un solide noyau de professeurs à temps plein est nécessaire, qu'il soit ou non strictement limité à cette discipline; par contre, notre effectif de professeurs à temps partiel dépasserait le nombre que beaucoup d'écoles américaines se sont fixé comme objectif. On prévoit que, pour répondre aux besoins de l'avenir immédiat, le nombre moyen des professeurs à temps plein de matières cliniques, qui était de 28.1 en 1961-1962, devra être porté à 45².

Le tableau 13-6 donne une estimation du nombre de professeurs à temps plein dont on aura besoin, pour la période 1964-1971, dans les écoles déjà établies et dans les quatre nouvelles écoles canadiennes de médecine3.

Les grandes écoles de médecine, celles de Laval, Montréal, McGill et Toronto, qui composent le groupe B du tableau 13-6, comptaient en moyenne 136 étudiants de première année en 1963-1964⁴. MacFarlane est d'avis que l'effectif de 50 professeurs de sciences fondamentales que proposent les autorités américaines pour une école de 96 étudiants (tableau 13-5) est insuffisant pour ces grandes écoles canadiennes de médecine. Leur nombre devrait être porté à 60 au minimum⁵. MacFarlane juge suffisant l'effectif de 85 professeurs d'enseignement clinique à temps plein que ces mêmes autorités suggèrent pour les écoles comptant 96 étudiants⁶.

Les nouvelles écoles nécessaires à l'avenir pour répondre à nos besoins estimatifs en médecins devraient être aménagées pour accueillir 64 étudiants et la possibilité de leur expansion future devrait être prévue. MacFarlane propose, pour ces institutions, un effectif initial de 32 professeurs de sciences fondamentales et 35 professeurs d'enseignement clinique à temps plein7.

¹ J. A. MacFarlane et autres, op. cit., chapitre 12.

² Ibid. ³ Il faudra d'autres professeurs pour la cinquième école de médecine dont on aura besoin au début des années 1970. 4 Ibid.

⁵ Ibid.

⁶ Ibid.

⁷ Ibid.

TABLEAU 13-5 CORPS ENSEIGNANT, DIPLÔMÉS ET POST-DOCTORAUX PRÉSUMÉS, ÉCOLE DE MÉDECINE DONNANT LE COURS DE QUATRE ANS

Discipline et département	École A (64 commen- çants)	École B (96 commen- çants)
Professeurs à temps plein Total de l'école	95	135
Départements des sciences fondamentales	35	50
Anatomie	7 6 6 5 6 5	10 9 8 7 9 7
Départements des sciences cliniques	60	85
Médecine Chirurgie Pédiatrie Obstétrique Psychiatrie Radiologie Médecine préventive	18 15 5 3 10 5	25 21 8 · 4 14 7 6
Diplômés et post-doctoraux: Totale de l'école	70	95
Départements des sciences fondamentales	40	55
Anatomie	7 10 6 6 6 5	10 14 8 8 8 7
Départements des sciences cliniques	30*	40*
Médecine Chirurgie Pédiatrie Obstétrique Psychiatrie Radiologie Médecine préventive	8 5 3 1 8 3 2	11 7 4 1 10 4 3

^{*}Ne comprend pas le personnel attaché à l'hôpital.

Source: Service de santé publique des États-Unis, Medical School Facilities—Planning considerations. Publication nº 874, Washington (D.C.), Imprimerie du Gouvernement des États-Unis, 1961. Établie conjointement par l'U.S. Public Health Services, l'Ad Hoc Committee On Medical School Architecture de l'Executive Council of the Association of American Medical Colleges et le Council on Medical Education and Hospitals de l'American Medical Association (appendice A).

TABLEAU 13-6 NOMBRE ESTIMATIF DE POSTES SUPPLÉMENTAIRES DE PROFESSEUR À TEMPS PLEIN DANS LES DOUZE ÉCOLES DE MÉDECINE DÉJÀ ÉTABLIES ET DANS CINQ NOUVELLES ÉCOLES AU CANADA, 1964-1971

Les effectifs actuels et les normes d'expansion sont disposés suivant la division scolaire et le nombre d'étudiants dans la classe.

Groupe A: 8 écoles, classe moyenne, 67.5; intervalle, 48-92*. Groupe B: 4 écoles, classe moyenne, 136; intervalle, 119-162.

Nouvelles écoles: aux fins du présent tableau, Sherbrooke se range parmi les écoles nouvelles; ouverture d'une école par année à compter de 1967-1968

Divisions scolaires et catégories de	Nom	bre de profe	sseurs	Total des
projections	Groupe A (8 écoles)	Groupe B (4 écoles)	Nouv. écoles (5)	postes de professeur
Sciences médicales fondamentales Postes de professeur, 1961-1962 (total) Moyenne par école Intervalle Proposition PHS-AMA-AAMC. Norme adoptée Déficit par école Postes requis pour le groupe	34.1 26-47 35 40 5.9	166 41.5 26–60 —† 60 18.5 74	 35 32 160	
Division clinique Postes de professeur, 1961-1962 (total) Moyenne par école Intervalle Proposition PHS-AMA-AAMC Norme adoptée Déficit par école Postes requis pour le groupe	28.1 14-53 60 45 16.9	162 40.5 8-83 —† 85 44.5	 60 35‡ 175	
Total des nouveaux postes, sciences fondamentales et divisions cliniques		_		770

*D'après les inscriptions de 1963-1964. Pour les définitions antérieures des groupes A et B, on a utilisé les données de 1961-1962 (inscriptions moyennes de 60.4 et 128 respectivement).

†Les propositions des comités américains d'étude portaient sur des écoles où les classes comptaient 64 et 96 étudiants. Pour celles de 96 étudiants, on proposait 50 professeurs de sciences fondamentales et 85 de sciences cliniques. (Voir le tableau 13-5.)

‡Cet objectif de 35 n'intéresse que la première étape dans l'évolution de la nouvelle école.

Avec le temps, ce chiffre devrait passer à 40 ou 45.

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

Cela donne 770 nouveaux postes de professeurs, dont 282 pour les sciences fondamentales et 488 pour l'enseignement clinique. Autrement dit, chaque année d'ici sept ans, les universités canadiennes devront obtenir une moyenne de 40 nouveaux professeurs de sciences fondamentales et de 70 professeurs cliniques à temps plein, sans compter les professeurs appelés à remplacer les professeurs actuels qui émigreront, prendront leur retraite ou mourront.

C'est une tâche formidable puisqu'à l'heure actuelle nous n'avons même pas assez de professeurs suffisamment qualifiés au Canada. En 1962-

1963, il nous a fallu compter sur des hommes de science de l'étranger pour 40 p. 100 des postes des sciences fondamentales. Les chances de recruter des professeurs cliniques qualifiés sont un peu plus encourageantes. Au cours de la période de sept ans 1954-1960, 997 médecins et chirurgiens en tout sont devenus associés du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et 2,707 en ont obtenu le certificat de spécialiste¹. Il devrait être possible de recruter à l'avenir 488 professeurs à temps plein². Le principal problème consistera à les protéger, dans leur enseignement et leurs recherches, contre de trop lourdes tâches d'ordre clinique.

Conditions nécessaires à l'établissement de nouvelles écoles de médecins

Puisque l'expansion de l'effectif de médecins, pour répondre à la demande croissante de soins médicaux, exige l'aménagement d'au moins quatre nouvelles écoles de médecine avant 1971, et d'une cinquième peu après, sur quels principes ceux qui seront chargés des plans et de la construction devront-ils se guider? Au chapitre 7, nous avons parlé de l'établissement, ces dernières années, à l'Université de la Colombie-Britannique et à l'Université Laval, de centres de sciences de la santé où l'on dispose d'installations suffisantes d'enseignement et de recherche pour la mise en œuvre d'un programme d'enseignement coordonné destiné non seulement au médecin mais aussi à ses collègues et auxiliaires d'autres professions. Selon Mac-Farlane, les objectifs de ces centres doivent être:

- 1. De former leur part du personnel de santé nécessaire;
- 2. D'assurer des moyens d'enseignement permanents et suffisants au bénéfice des praticiens et des auxiliaires.
- 3. D'établir des normes de soins de santé de haute qualité pour leur propre région;
- 4. D'effectuer des recherches appropriées quant à la matière étudiée et quant à leur diversité, non seulement pour enrichir les connaissances dans des domaines essentiels à la médecine, mais aussi pour évaluer a) leur propre enseignement, b) les besoins de la collectivité dans le domaine de la santé, et c) la qualité des soins dispensés³.

La décision d'établir un nouveau centre médical dans une région du pays, qu'il s'agisse d'un centre des sciences de la santé ou d'une école de médecine traditionnelle, doit se fonder sur une étude approfondie des besoins de la région, quant aux diverses catégories de personnel sanitaire, et «des normes qu'il y a lieu de relever et des programmes nouveaux qu'il importe de mettre en marche» 4. Une fois cette décision prise, quelles sont les conditions qui doivent être réunies pour que la nouvelle institution puisse atteindre ses buts⁵?

¹ Ibid., chapitre 9.

² Voir chapitre 2, recommandation 149.

^a Ibid., chapitre 12.

⁴ Ibid.

⁵Les commentaires qui suivent sur les conditions nécessaires à l'établissement de nouvelles écoles de médecine sont exposés plus en détail dans *Ibid.*, chapitre 12.

Sous les auspices d'une université.—Tout nouveau centre médical doit être placé sous les auspices de l'université du lieu, car c'est à l'université seulement que peuvent se nouer, entre l'enseignement et la recherche, les liens étroits si indispensables à la médecine moderne. Avec les progrès de la médecine, la méthode coopérative d'équipe, qui fait appel au médecin, au dentiste, à l'infirmière, au pharmacien, au psychologue de clinique, au technicien de laboratoire et à d'autres techniciens et spécialistes, prendra de plus en plus d'importance dans la solution des problèmes de santé.

Les universitaires dont on recherche la collaboration comprennent les nouveaux spécialistes de la biologie et de la génétique moléculaires, l'histochimiste, le biophysicien et l'électronicien, le sociologue spécialisé dans les questions de santé, l'analyste des systèmes, les spécialistes en administration publique et en aménagement communautaire et les chercheurs du domaine même de l'enseignement. Dans plusieurs universités américaines, on a même fait appel aux professeurs d'humanités à cause de nouveaux programmes qui exigent leur concours dans les colloques organisés pour les étudiants et les professeurs en médecine. Bref, plus que jamais auparavant, la bonne médecine, dans son acception la plus large, dépend des disciplines diversifiées que groupe l'université moderne¹.

Participation communautaire à la planification.—La collaboration de la collectivité où le nouveau centre doit être installé est importante à son succès. Les citoyens doivent comprendre que ce centre est nécessaire et qu'il apportera certains avantages à leur localité; ils doivent être prêts à participer à l'enseignement à titre de malades. Les dirigeants de la collectivité doivent être au courant du coût de cette entreprise et des autres difficultés qu'elle peut comporter.

Appui du gouvernement.—L'établissement d'un centre médical moderne est une entreprise tellement coûteuse qu'elle exige de gros investissements et un fonds de roulement considérable. Il est tout aussi important que le gouvernement comprenne les répercussions des progrès scientifiques sur la formation médicale moderne. Le concours financier du gouvernement devrait être déterminé à raison de dix lits d'hôpital affectés à l'enseignement et relevant du contrôle exclusif de l'université pour chaque étudiant de dernière année et devrait s'étendre aux services pour malades externes.

Ressources éducatives.—Un nombre suffisant d'étudiants qualifiés partis des écoles secondaires devrait être disponible, dont une proportion appropriée venant des régions rurales. Puisque nos études révèlent que les diplômés en médecine ont tendance à retourner dans leur milieu, ces régions seront assurées d'être mieux servies si une proportion convenable des étudiants est recrutée dans les régions rurales².

¹ Ibid., chapitre 12.

² S. Judek, op. cit., chapitre 1er.

Un nombre suffisant de professeurs qualifiés et expérimentés dans les sciences physiques, biologiques et sociales connexes assurerait un climat intellectuel propice à l'étude expérimentale des problèmes tant anciens que nouveaux. Bien qu'on possède des critères pour évaluer les titres scolaires des professeurs pour ce qui est d'études post-universitaires en sciences physiques, biologiques et sociales, aucune norme ne permet de mesurer la qualité de l'activité expérimentale si nécessaire au succès d'un centre médical. Cependant, si le programme d'études «d'une science fondamentale n'a pas varié sensiblement depuis dix ans, il est peu probable qu'il convienne à la formation de travailleurs professionnels qui seront aux prises pendant le reste de leur existence avec une science en évolution constante.

Appui des corps professionnels associés.—Un petit secteur des soins médicaux communautaires devrait intéresser directement l'université. L'enseignement des soins familiaux et l'unité de recherche du centre médical fournissent à l'étudiant en médecine un moyen d'acquérir une expérience précieuse. Mais il faut à cette fin la compréhension et la collaboration des médecins qui exercent dans la collectivité. La coopération entre le centre médical et les corps professionnels associés aiderait également à la réalisation des buts du programme permanent d'enseignement médical du centre.

Hôpitaux d'enseignement.-Un hôpital d'enseignement, relevant exclusivement de la direction de l'université, est un élément capital de tout nouveau centre médical. On compte aujourd'hui au Canada plusieurs institutions qu'on pourrait appeler hôpitaux intégrés d'enseignement. Dans la plupart des cas, des accords relatifs à l'enseignement sont conclus avec des hôpitaux affiliés et associés.

École des sciences médicales fondamentales

Pour accroître rapidement nos ressources, il serait certes avantageux que certaines universités, qui ne sont pas actuellement de taille à établir une école de médecine offrant le cours entier de quatre ans, songent à mettre sur pied une école qui enseigne en deux ans les sciences médicales fondamentales. L'expérience la plus récente dans ce domaine a été celle de l'Université de la Saskatchewan qui, de 1925 à 1955, a eu son «Cours de médecine de deux ans» auquel a succédé le cours entier de quatre ans en 1956. Après avoir passé deux ans à la faculté des arts et des sciences, l'étudiant entrait à l'école des sciences médicales pour deux ans. Après ces deux ans, il faisait deux années de clinique à une autre université où se donnait le cours entier. Bien qu'on puisse invoquer certains arguments contre l'école de deux ans, la nécessité d'accroître l'effectif de médecins motive un examen plus approfondi de ce genre de formation². A l'appui de cette opinion, MacFarlane cite Tenney³:

J. A. MacFarlane et autres, op. cit., chapitre 12.
 Voir chapitre 2, recommandation 174.
 S. M. Tenney, cité dans Medical Education and Research Needs, Maryland, Baltimore, Maryland State Planning Commission, 1962, p. 45, cité dans Ibid.

Ces dernières années, le spectre d'une grave pénurie de médecins a amené plusieurs États à considérer, à titre de solution partielle, un cours de deux ans. Ils ont constaté que, pour les années de clinique, le nombre des ouvertures dépasse celui des étudiants qui ont terminé les années affectées aux sciences fondamentales. Cela est attribuable tant aux départs causés par un échec aux examens ou par un changement de vocation durant les deux premières années du cours médical qu'à l'abondance relative des moyens d'enseignement clinique. On pourrait y remédier en multipliant les admissions aux années d'enseignement pré-clinique et en aménageant plus d'installations pour la formation en laboratoire. Un nouvel argument, fondé sur des motifs éducatifs, a cependant plus de poids et mérite d'être débattu. Aux chapitres 2 et 3, nous avons signalé les efforts déployés par certaines universités pour intégrer la formation fondamentale «prémédicale» à une étude des sciences proprement médicales. Dans la mesure où il est possible d'en faire un processus continu de formation, l'étudiant pouvant chaque année approfondir davantage son sujet, il en résulterait des avantages incontestables sur le plan de la qualité de la formation. Ces avantages n'en seraient que plus évidents si une large part du travail était accomplie au niveau habituel des études universitaires. Les possibilités bien nettes du cours de deux ans sont bien illustrées par le cas de Dartmouth. Cette institution jouit d'une réputation enviable pour ce qui est de la qualité tant de ses étudiants que de son enseignement. Bien qu'elle soit liée à un excellent hôpital d'enseignement où les sujets de deuxième année sont initiés aux matières cliniques, Dartmouth a résisté aux pressions exercées sur elle en faveur de l'établissement d'un cours complet de quatre ans. Le fait qu'elle met l'accent sur la recherche amène de plus en plus d'étudiants de Dartmouth à s'inscrire à un cours de doctorat dans une des sciences fondamentales à la fin de leur deuxième année de médecine. Récemment, la proportion en a atteint 25 p. 100; c'est une magnifique préparation à l'enseignement de la médecine.

Dans un tel programme de deux ans:1

L'enseignement post-universitaire en biologie humaine... deviendrait un lien vivant entre les sciences physiques, chimiques et sociales, qui ne cessent de s'étendre, et la demande phénoménale de soins médicaux et sanitaires du pays et du monde. Les concepts nouveaux de santé, de recherche médicale et d'enseignement professionnel s'étendent, à des degrés divers, à la philosophie, à l'économique, à l'anthropologie et aux mathématiques. Des recherches et un enseignement intégrés portant sur la biologie humaine mettraient davantage l'accent sur la formation de dirigeants d'une culture étendue pour la prochaine génération de professeurs de médecine et de praticien².

Le problème du recrutement

Nous avons dit que, pour que nos estimations se concrétisent, l'expansion des installations d'enseignement médical est d'importance capitale. Pour assurer la pleine utilisation de ces installations, il est également impor-

¹ Willard C. Rappleye, Critique of Report on Medical Education, dans Medical Education and Research Needs in Maryland, Committee on Medical Care, Maryland State Planning Commission, Baltimore, janvier 1962, p. 106.

² J. A. MacFarlane et autres, op. cit., chapitre 12.

TABLEAU 13-7 INSCRIPTIONS D'ÉTUDIANTS EN MÉDECINE ET TOTAL DES INSCRIPTIONS D'ÉTUDIANTS POUR 100,000 HABITANTS, CANADA, 1947-1948 À 1960-1961

Année	Étudia méde	ints en cine*	Total des	étudiants	moins les	étudiants étudiants decine	Population
	Nombre	Pour 100,000 hab.	Nombre	Pour 100,000 hab.	Nombre	Pour 100,000 hab.	- (milliers)
1947–48	2 100	24.7	50.005				
1948-49	3,100	24.7	78,205	623.1	75,105	598.4	12,551
1949-50	3,233	25.2	74,797	583.3	71,564	558.1	12,823
	3,278	24.4	68,480	509.3	65,202	484.9	13,447
1950-51	3,489	25.4	63,942	466.3	60,453	440.8	13,712
1951–52	3,458	24.7	59,634	425.7	56,176	401.0	14,009
1952–53	3,444	23.8	59,826	413.8	56,382	390.0	14,459
1953-54	3,643	24.5	60,737	408.9	57,094	384.4	14,845
1954–55	3,589	23.5	64,669	423.0	61,080	399.5	15,287
1955–56	3,651	23.3	68,768	438.0	65,117	414.8	15,698
1956–57	3,655	22.7	72,624	451.6	68,969	428.9	16,081
1957–58	3,686	22.2	80,443	484.3	76,757	462.1	16,610
1958-59	3,668	21.5	88,006	515.3	84,338	493.8	17,080
1959–60	3,549	20.3	94,928	542.9	91,379	522.6	17,483
1960-61	3,508	19.6	105,911	592.7	102,403	573.1	17,870

^{*}A l'exclusion des étudiants pre-médicaux et diplômés.

Source: Les inscriptions en médecine se fondent sur les données parues dans les numéros de l'American Medical Association Journal portant sur l'enseignement. Le total des inscriptions d'étudiants se fonde sur des chiffres tirés des dossiers de la Section de l'enseignement supérieur, Division de l'éducation, Bureau fédéral de la statistique.

tant d'attirer vers la médecine un nombre suffisant d'étudiants. Il y a fléchissement relatif des inscriptions dans les écoles de médecine du Canada depuis 1953-1954. C'est ce qu'indique le tableau 13-7 qui compare le nombre des étudiants en médecine au total des étudiants. Le nombre des étudiants en médecine a oscillé autour du chiffre de 3,500 pendant la décennie qui a précédé l'année 1960-1961, mais leur nombre pour 100,000 habitants a baissé de 25.4 à 19.9. Autrement dit, les inscriptions en médecine ne sont pas allées de pair avec l'accroissement démographique.

Le coût élevé des études médicales est un grave obstacle pour le candidat. Le tableau 13-8 révèle que seuls les étudiants en art dentaire ont eu des dépenses moyennes plus élevées que celles des étudiants en médecine en 1961-1962. Environ la moitié de nos étudiants en médecine ont des dépenses annuelles globales de \$2,000 ou plus. Le dixième seulement des étudiants en arts et en sciences ont des dépenses de cet ordre. L'étudiant moyen en médecine dépense environ la moitié plus que l'étudiant moyen en génie et son budget dépasse des deux tiers environ celui de l'étudiant moyen en arts et en sciences.

TABLEAU 13-8 DÉPENSES MOYENNES DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE ET AUTRES, PAR RÉGION ET DANS L'ENSEMBLE DU CANADA, 1961-1962

Faculté et région	Dépenses moyennes
	\$
Médecine	
Est	2,606
Québec	2,205
Ontario	1 0 070
Ouest	2,162
Canada	2,246
Arts et sciences	1,352
Enseignement	1,415
Génie	
Droit	
Art dentaire	2,465
Pharmacie	

SOURCE: Bureau fédéral de la statistique, University Student Expenditure and Income in Canada, 1961-1962, Part II—Canadian Undergraduate Students, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1963, tableau 35

Dans plusieurs des mémoires présentés à la Commission, on demande d'aider financièrement les étudiants en médecine afin d'accroître l'effectif canadien de médecins. Sur la question de savoir si l'aide doit prendre la forme de nouvelles caisses de prêt ou de bourses d'entretien et d'études, les opinions sont partagées. Certains ont exprimé l'avis que la perspective d'avoir à s'endetter lourdement pour étudier la médecine abaisse le nombre des recrues.

L'Association canadienne des étudiants en médecine et des internes a recommandé que «le Gouvernement du Canada verse, à une caisse centrale ou à une fondation, des sommes appropriées qui seront utilisées pour aider les étudiants en médecine sous forme de prêts sans intérêt»¹. Le Collège de médecine de l'Université de la Saskatchewan a suggéré «qu'une subvention d'au moins \$500 par année et par étudiant en médecine soit versée aux universités sur le trésor fédéral pour assurer l'enseignement gratuit aux étudiants en médecine»². La Faculté de médecine de l'Université d'Alberta propose les mesures suivantes d'assistance financière:

(i) Enseignement gratuit: A tous les étudiants en troisième et quatrième année de médecine.

¹L'Association canadienne des étudiants en médecine et des internes, mémoire présenté à la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, 20 mars 1962, p. 2.

²Le Collège de médecine, Université de la Saskatchewan, mémoire présenté à la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Regina, 25 janvier 1962, p. 5.

(ii) Bourses d'études: \$1,000 par année pour le tiers supérieur de la classe pendant les trois dernières années.

(iii) Caisses de prêt: Prêts ne dépassant pas \$5,000 à tout étudiant de n'importe quelle année avant le diplôme, pourvu que le besoin en soit établi. Ces prêts ne commenceraient à porter intérêt que 12 mois après le diplôme. Le taux exigé serait alors le taux courant des banques.»

La Faculté de médecine de l'Université de Toronto a formulé les recommandations suivantes:

- a) que les étudiants de la classe A reçoivent un enseignement gratuit ainsi qu'un prêt et une bourse représentant chacun la moitié de leurs frais d'entretien;
- b) que, pour les étudiants de la classe B, les frais de scolarité soient réduits de moitié et qu'ils reçoivent un prêt et une bourse représentant chacun la moitié de leurs frais d'entretien;
- c) qu'on procède à une évaluation des ressources des étudiants de la classe C et qu'ils soient subventionnés selon leur situation².

Certaines provinces assurent une aide financière aux étudiants en médecine. La forme en varie suivant la province. Ainsi, à Terre-Neuve, une bourse annuelle d'entretien est accessible aux résidents qui étudient la médecine; en Saskatchewan, la Commission d'assurance médicale décerne des bourses d'études et d'entretien aux étudiants en médecine³.

Le temps qu'il faut pour devenir médecin est un autre facteur important qui conditionne le recrutement. Dans son mémoire à la Commission, l'Association des écoles canadiennes de médecine fait état de la proposition demandant qu'on songe à prolonger l'année scolaire de 32 semaines en moyenne à 45 semaines pour permettre de concentrer le cours entier en trois années civiles, ou de transformer la quatrième année en une année d'internat, ce qui réduirait d'un an la période de formation⁴.

Le revenu compte pour beaucoup dans le choix d'une carrière ou d'une profession. En plus d'influer sur l'orientation vers la carrière médicale, le niveau de revenu a des conséquences directes sur le rythme auquel les médecins se retirent et sur le nombre de ceux qui immigrent ou émigrent. A

¹Le Collège des médecins et chirurgiens, province d'Alberta; l'Association médicale canadienne, Division de l'Alberta, et la Faculté de médecine de l'Université d'Alberta, Edmonton, Alberta, mémoire présenté à la Commission royale sur les services de santé, Edmonton, 13 février 1962, p. 60.

² La Faculté de médecine, Université de Toronto, mémoire présenté à la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Toronto, 14 mai 1962, p. 6. Voir aussi S. Judek, Les effectifs médicaux au Canada, étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964, chapitre 3.

³ Voir chapitre 2, recommandation 144.

⁴ L'Association des écoles canadiennes de médecine, mémoire présenté à la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Toronto, 1962, pp. 5-6.

notre avis, le grand nombre de médecins qui ont immigré au Canada (445 en 1961) est attribuable partiellement au niveau actuel du revenu des médecins¹.

La plupart des indicateurs attestent que, ces dernières années, les compensations financières sont devenues plus attrayantes pour les médecins canadiens. Une étude de leur revenu moyen, fondée sur des données publiées et non publiées², révèle que, de 1957 à 1960, la somme moyenne nette de leurs honoraires (c'est-à-dire la somme brute moins les frais d'exercice) s'est accrue de 19.1 p. 100, passant de \$12,708 à \$15,130. Le revenu personnel moyen, pour l'ensemble des Canadiens, a augmenté de 9 p. 100 durant la même période³. Bien qu'on puisse apporter certaines réserves d'ordre technique à toute comparaison entre l'augmentation du «revenu réel» des médecins et de toutes les autres professions⁴, ce rapprochement indique que la puissance d'achat des médecins a augmenté de 13 p. 100 pendant que celle de l'ensemble des professions s'est élevée de moins de 4 p. 100.

Les frais moyens d'exercice des médecins ont décliné régulièrement par rapport à la somme brute des honoraires, soit de 38.6 à 35.9 p. 100. En conséquence, le revenu net provenant des honoraires a augmenté plus rapidement que le revenu brut ou que les frais d'exercice. On indique que la somme moyenne nette des honoraires est passée de \$20,701 en 1957 à \$23,616 en 1960, soit une augmentation de 14.1 p. 100. Les dépenses moyennes d'exercice se sont accrues de 6.2 p. 100 pendant cette période, passant de \$7,993 à \$8,486.

Les frais d'exercice, par rapport au revenu professionel brut, ont été moins élevés pour les médecins que pour l'ensemble des professions. En 1959, les frais ont représenté 37 p. 100 du revenu brut des médecins, et 47 p. 100 des recettes professionnelles brutes de l'ensemble des professions. Toutes les provinces ont accusé cet écart. En 1960, le pourcentage a été de 36 p. 100 pour les médecins et de 46 p. 100 pour l'ensemble des professions.

Quant au revenu net moyen provenant de toutes sources, le chiffre de \$16,323 des médecins figurait en tête de la liste des revenus professionnels en 1960. Les ingénieurs et architectes avaient un revenu de \$15,670; les avocats et les notaires occupaient le troisième rang (\$14,597) et les dentistes, le quatrième (\$12,238), pendant que le revenu des comptables s'établissait à \$11,446. Parmi ces professions, seul le revenu moyen des médecins et des dentistes a augmenté annuellement sans interruption depuis 1953; pour les autres professions mentionnées ci-dessus, il y a eu diminution au moins pendant certaines années. On peut en conclure que, parmi les professions qui rapportent le plus, ce sont la médecine et l'art dentaire qui sont le moins exposés aux influences cycliques.

¹ Voir le chapitre 7 du présent rapport.

² Estimations fondées sur des données fournies par la Division de l'impôt du ministère du Revenu national et analysées par la Division de la recherche et de la statistique du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social. Les données qui suivent, relatives à l'impôt, proviennent de cette source.

³ Pour comparer directement ces taux, il faut supposer qu'il existe un rapport constant

³ Pour comparer directement ces taux, il faut supposer qu'il existe un rapport constant entre le nombre moyen des personnes à la charge des médecins et le nombre moyen des personnes à la charge des contribuables de toutes les autres professions.

⁴ En dollars courants, dégonflés à l'aide de l'indice des prix à la consommation.

Au cours de la période 1957-1960, ce sont les médecins des régions rurales qui ont déclaré le plus bas revenu net; par ordre chronologique, les niveaux ont été respectivement de \$11,889, \$12,920 et \$13,528. Pendant cette même période, toutefois, le revenu que les médecins ruraux ont obtenu sous forme d'honoraires s'est rapproché de la moyenne nationale. En 1958, le niveau moyen du revenu (honoraires) net des médecins de campagne s'est établi à 84 p. 100 de la moyenne nationale. En 1960, il a atteint 88.6 p. 100 du revenu moyen de l'ensemble du pays.

C'est invariablement dans les villes de 30,000 à 100,000 habitants que le niveau du revenu moyen net provenant des honoraires est le plus élevé. Pour les trois années, les chiffres ont été de \$16,439 en 1958, de \$16,906 en 1959 et de \$17,889 en 1960.

Le rapport des honoraires nets au revenu brut a été remarquablement stable au cours de ces trois ans. Chaque année, c'est celui des médecins de campagne qui a été le plus bas et celui des médecins des villes de 100,000 à 199,999 qui a été le plus élevé. L'écart entre les deux ne s'est rétréci que légèrement. En 1958, le revenu rural net a représenté 58.9 p. 100 du revenu brut, le pourcentage correspondant pour les médecins des villes de 100,000 à 199,999 habitants étant de 69.7 p. 100. En 1960, les chiffres correspondants ont été respectivement de 59.3 et 69.8 p. 100.

On s'accorde à reconnaître que l'assurance médicale encourage le recours aux services du médecin. Le rapport entre la somme des honoraires du médecin et l'étendue de la couverture de l'assurance médicale est un des aspects intéressants du phénomène. En 1959 et 1960, seules années qui ont fait l'objet d'une étude, le revenu professionnel brut des médecins dans chaque province a eu tendance à s'élever au-dessus, ou à descendre au-dessous, de la moyenne nationale suivant que la population protégée par une assurance ou un régime quelconque représentait une proportion plus élevée ou moins élevée que la moyenne nationale de 52.2 p. 100 en 1959 et de 54.7 p. 100 en 1960. Ce rapport a été constaté dans toutes les provinces sauf en Alberta. Autrement dit, à mesure que l'assurance médicale s'étend, dans chaque province, à une plus forte tranche de la population, le revenu des médecins tend à augmenter. Cela devrait encourager ceux qui songent à embrasser la carrière médicale¹.

Mode de rémunération du médecin

A propos de l'effectif de médecins, nous avons dit que le revenu professionnel est un stimulant nécessaire pour attirer les jeunes hommes et femmes qualifiés vers la profession, pour les retenir au Canada et pour maintenir et améliorer la qualité des soins qu'ils prodiguent. Bien qu'à nos audiences on ait exposé des vues largement divergentes sur divers aspects de l'organisation et du financement des soins médicaux, tout le monde est d'accord sur la nécessité d'une rémunération convenable, compatible avec le

¹Pour les estimations touchant les augmentations de revenu auxquelles les médecins peuvent s'attendre dans l'éventualité de l'établissement, au Canada, d'un régime complet d'assurance médicale, voir le chapitre 20.

temps et l'argent consacrés aux études, avec les responsabilités du médecin, avec le rôle qu'il joue dans la société et avec la nécessité, pour lui, de continuer à étudier.

Cependant, l'unanimité n'est pas réalisée quant au mode de rémunération. Les associations professionnelles de médecins et de dentistes préconisent le principe des honoraires1. L'Association médicale canadienne reconnaît que la rémunération, sous un régime d'assurance médicale, peut faire l'objet de négociations, mais elle se réserve le droit de déterminer le mode de paiement du médecin par l'intermédiaire de son association². Les groupements ouvriers³ favorisent le paiement des médecins, dans le cadre d'un régime d'assurance médicale, d'après la méthode du salaire4. Cependant, à ce sujet, la ligne n'est pas clairement tirée entre producteurs et consommateurs de services. Du côté des consommateurs, par exemple, la Saskatchewan Farmers Union recommande le principe des honoraires dans les cas où son application est possible⁵. Chez les praticiens, d'autre part, qui sont en faveur du régime des honoraires, on relève ceux qui sont prêts à accepter des postes salariés⁶, ceux qui touchent un traitement fixe comme moyen d'encouragement⁷ et un certain nombre qui exercent en groupe⁸.

D'autres pays ont fait l'essai de régimes différents comme ceux de la capitation et du remboursement. La capitation est un mode de paiement uniforme aux termes duquel les particuliers et les familles s'inscrivent auprès du médecin de leur choix, le médecin touchant chaque année une somme convenue sur la caisse à l'égard de chaque personne qui l'a choisi. Ces clients constituent sa «liste»; il en est qu'il ne verra que rarement, sinon jamais, et d'autres qu'il devra soigner fréquemment⁹. Le remboursement est un mode de

¹ L'Association médicale canadienne, mémoire présenté à la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Toronto, 1962, pp. 79-81; l'Association dentaire canadienne, mémoire présenté à la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, 1962, p. 43.

² L'Association médicale canadienne, op. cit., p. 80.

³ Congrès du Travail du Canada, mémoire présenté à la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Toronto, 1962, pp. 6 et 18.

Bien que ce ne soit pas le principal argument, on invoque souvent, en faveur du paiement d'un traitement dans le cadre d'un régime de soins médicaux, la plus grande facilité et le coût plus bas d'administration. Du point de vue strictement administratif, cependant, il faut se rappeler qu'il faudrait quand même tenir des dossiers de service afin de disposer des données nécessaires pour évaluer les conditions de santé et l'évolution du service.

⁵ Saskatchewan Farmers Union, mémoire présenté à la Commission royale d'enquête

sur les services de santé, Regina, 1962, p. 4.

^a Santé publique, administration, recherche, enseignement, hygiène industrielle, forces armées.

⁷ Par exemple, médecins employés dans certaines régions isolées de Terre-Neuve.

⁸ J. A. Boan, L'exercice groupé au Canada, étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964.

⁹ Cette méthode est maintenant bien établie en Grande Bretagne, à tel point, par exemple, que l'Association médicale britannique n'a même pas soulevé la question du mode de paiement du médecin de famille devant la Commission royale d'enquête sur la rémunération des médecins et des dentistes qui a présenté son rapport en 1960 (voir B. Abel-Smith, Paying the Family Doctor, dans Medical Care, janv.-mars 1963, vol. I, nº 1, p. 31). Au Canada, cependant, ce régime ne rallie guère d'adeptes; du reste, sans des modifications majeures, il ne serait pas applicable ici à cause du rapport totalement différent qui existe entre l'omnipraticien et le spécialiste. La supposée indemnité sessionnelle n'est en réalité qu'une sorte de rétribution à temps partiel pour les courtes périodes (une journée ou une demi-journée, par exemple) qu'un médecin peut consacrer au travail de certains organismes.

paiement des honoraires pratiqué dans certains pays comme la Suède, l'Australie et la France; c'est le malade qui paie initialement le médecin et il se fait ensuite rembourser une part convenue des honoraires par l'organisme assureur. Les honoraires exigés par le médecin peuvent correspondre ou non à un barème convenu. Cette méthode s'apparente au régime d'indemnisation de l'assurance commerciale.

Chaque méthode comporte ses avantages et ses inconvénients dans un milieu particulier. Deux études très poussées sur ce sujet ont été entreprises récemment. Ni l'un ni l'autre des auteurs n'est disposé à recommander, à la suite de son étude, d'apporter des changements aux régimes existants aux États-Unis¹ ou en Grande-Bretagne². Le Comité consultatif du gouvernement de la Saskatchewan sur la planification des soins de santé a adopté la même attitude; il conclut «que le sujet étant à la fois très compliqué et très délicat», le Comité estime qu'il y a lieu pour le moment de se contenter d'une recommandation d'ordre général. Il suggère que le régime des honoraires serve de base à la rémunération dans le cadre du régime d'assurance médicale de la Saskatchewan et qu'on poursuive l'étude d'autres modes de rémunération³.

Après avoir étudié soigneusement les diverses méthodes qu'on propose pour la rémunération du médecin, nous en sommes venus à la conclusion que le régime des honoraires doit être le régime de base au Canada; nous reconnaissons cependant que, dans de nombreux cas, d'autres méthodes sont applicables.

Quoi qu'il en soit, si nous avons accepté l'avis des professions médicales sur le mode fondamental de rémunération, il nous est impossible de nous rallier à l'avis de ceux qui font valoir la nécessité d'un organisme intermédiaire de paiement entre l'organisme d'administration et les praticiens. Tant que les négociations seront menées, au nom des praticiens, par leurs associations professionnelles, et tant que les questions médicales relèveront de commissions professionnelles, nous avons confiance que l'indépendance des professions, la liberté professionnelle de leurs membres et le rapport entre le médecin ou le dentiste et le malade seront dûment sauvegardés. De fait, ils seront renforcés si, comme nous le recommandons, l'organisme d'administration est une commission indépendante et apolitique représentant, d'une part, les professions, et, d'autre part, les «consommateurs», ou un organisme du genre de la Commission des services médicaux du Manitoba à qui le gouvernement du Manitoba suggère de confier le rôle d'intermédiaire officiel⁴, à condition qu'il y ait représentation additionnelle du public. des professions de la santé et du gouvernement.

¹ W. A. Glaser, The Compensation of Physician, New-York, Bureau of Applied Social Research, rapport non publié, 1963.

² J. Hogarth, The Payment of the General Practitioner, New-York, MacMillan, 1963.

³ Comité consultatif du gouvernement de la Saskatchewan sur les soins de santé, Rapport provisoire 1961, Rapport final 1962, Regina, Imprimeur de la Reine, 1962, pp. 72-73.

⁴ Gouvernement du Manitoba, mémoire présenté par l'honorable Duff Roblin, au nom du gouvernement du Manitoba, à la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Winnipeg, janvier 1962. Voir recommandation 1 (7).

Il s'ensuit que le recours à un intermédiaire entre le médecin et l'organisme chargé d'administrer le régime augmente inutilement les frais administratifs mis à la charge du consommateur¹.

Organisation de l'exercice et effectif de médecins

Au chapitre 7, nous avons discuté des diverses formes d'exercice médical. Il existe un lien direct entre le mode d'organisation de l'exercice et l'aptitude du médecin à satisfaire à la demande de services. Certains faits indiquent que, sous le régime de l'exercice groupé, le médecin peut être en mesure de soigner plus de malades qu'un collègue qui exerce isolément. L'exercice groupé permet de recourir à des techniciens pour l'exécution de certaines fonctions techniques et non professionnelles et à un personnel de bureau pour les travaux d'écritures, de sorte que les médecins peuvent consacrer tout leur temps à l'exercice de la médecine².

Trois facteurs conditionnent la prestation de ce que nous appelons les services médicaux: 1° les médecins; 2° le personnel technique et administratif et 3° le matériel. La division du travail entre ces facteurs est évidemment affaire de jugement, mais elle dépend dans une large mesure de la taille de l'unité productrice (exercice isolé ou groupé). Il existe sans doute, pour un groupe clinique, une taille optimum ou minimum où le recours à certaines catégories de personnel auxiliaire ou de matériel devient économiquement possible. Mais il existe toujours d'autres catégories de ces mêmes ressources qui peuvent y être ajoutées. En outre, la taille du groupe clinique économiquement efficace est également déterminée dans une large mesure par la population qu'il sert.

L'exercice groupé permet de réaliser des gains de productivité à cause de la spécialisation et de la division du travail. Cependant, ce n'est pas seulement le personnel qu'on peut substituer aux médecins en matière de services médicaux: dans une certaine mesure, l'utilisation accrue de matériel peut aussi accroître la productivité du praticien. Lorsque le matériel facilite le travail du personnel non médical—par exemple, une machine comptable, des dictaphones pour la transcription de fiches médicales ou des appareils de stérilisation pour l'infirmière ou l'aide-infirmière—il y a substitution du matériel au temps médical. Dans d'autres cas, le matériel s'ajoutera au médecin puisqu'il sera le seul à s'en servir. Dans cette éventualité, deux résultats sont possibles: ou le médecin épargnera du temps ou il pourra dispenser ses soins dans son cabinet plutôt qu'à l'hôpital. Quoi qu'il en soit, même dans ce dernier cas, il épargnera du temps s'il peut éviter des visites à l'hôpital.

L'exercice groupé et les cliniques médicales se sont répandus surtout dans les villes, mais, ces dernières années, plusieurs groupes ruraux ont été

¹ A raison de \$5 par contrat par année pour cet intermédiaire (c'est le cas en œ moment en Saskatchewan), il s'ensuivrait une dépense de 30 millions par année pour l'ensemble du Canada.

² J. Boan, op. cit.

établis. Des porte-parole de l'Ontario Association of Medical Clinics soutiennent que ce mode d'exercice relèverait la qualité des soins dans les collectivités rurales¹. Le désir de profiter dans la pleine mesure possible de l'équipement et du personnel accessibles dans l'exercice de la médecine, tend à favoriser l'exercice axé sur l'hôpital ou, si cela n'est pas possible, l'établissement de cliniques ou de groupes disposant d'un équipement qu'un praticien isolé ne pourrait guère se procurer. Le désir de s'établir dans un grand centre, pour des motifs professionnels, attire de nombreux médecins vers les villes, sans compter qu'ils peuvent plus facilement constituer dans un milieu urbain, un groupe assez nombreux pour rendre possible l'achat d'équipement.

Cependant, un groupe rural peut avoir des avantages, par exemple, de meilleures installations de bureau que celles que peut se permettre un praticien isolé. Il faut ajouter à cela la plus grande probabilité d'attirer des spécialistes vers la campagne. Au sein d'un groupe, un spécialiste trouve immédiatement de l'emploi puisque ses collègues s'en remettront à lui au lieu d'acheminer leurs malades vers le centre urbain le plus rapproché. Le stimulant professionnel et la satisfaction de pouvoir consulter un ou plusieurs spécialistes contribueraient à faire profiter la campagne de certains des avantages de l'exercice urbain.

Pour le malade, le niveau général des soins devrait en être amélioré puisque le renvoi à des spécialistes en serait facilité; la qualité générale du service devrait tendre à s'élever sous l'influence des membres les plus qualifiés². Quant au médecin, en plus des nombreux avantages déjà mentionnés, il serait libéré de l'isolement.

Le D^r Clute est d'avis que l'isolement de l'omnipraticien, qu'il exerce en ville ou ailleurs, peut avoir de fâcheuses conséquences.

L'homme isolé, qui n'est pas stimulé par la présence de collègues, doit compter, pour se tenir à la page, sur son propre enthousiasme et son propre sens du devoir. De plus, parce qu'il est seul, il n'a pas l'occasion de comparer son travail avec celui d'autres médecins; en somme, le fruit de ses lectures, s'il lit, et ce qui lui reste des connaissances acquises dans les centres d'enseignement pendant ses années de formation, sont donc les seuls critères auxquels il peut se reporter^a.

Dans l'échantillon d'omnipraticiens interrogés par le Dr Clute, un médecin s'est demandé «comment il pourrait trouver le temps d'étudier convenablement les malaises de ses malades et de faire les lectures nécessaires pour se tenir à jour quand il lui fallait en même temps gagner convenablement sa vie . . . Au moment de notre visite, il parvenait à maintenir la qualité de ses soins et à se tenir à jour par ses lectures, mais son revenu

⁸ Kenneth F. Clute, The General Practitioner, Toronto, Presses de l'Université de Toronto, 1963, p. 461.

¹ Transcription, op. cit., 1 or juin 1962, vol. 65, p. 12296.

² Pour un exposé de l'amélioration de la qualité qui a résulté de l'exercice groupé dans une région rurale aux États-Unis, voir W. H. Good, Birth and Adolescence of a Rural Group, dans Bulletin of the American Association of Medical Clinics, vol. 6, n° 5, septembre 1957, pp. 120-123.

annuel était nettement insuffisant—sa rémunération horaire étant bien inférieure à ce qu'un garçon de douze ans nous demandait récemment pour tondre le gazon—et il lui restait peu ou pas de temps du tout à consacrer à sa famille¹.»

Tant que des conditions comme celles-là persisteront, la médecine rurale ne présentera aucun attrait et la qualité des soins pourra en souffrir. Cependant, le progrès technique permet maintenant d'apporter, sans trop de frais, des améliorations notables aux conditions de travail du médecin de campagne. Par exemple, le rôle que peuvent jouer les moyens modernes de communication mérite notre attention. Par communications, nous entendons beaucoup plus que les routes carossables en tout temps, le téléphone, l'avion et les dispositifs électroniques de toutes sortes; ce terme s'étend aussi à l'élément humain inhérent à la création de voies de communication entre

particuliers.

Là où il existe des routes praticables en tout temps, la superficie que peut servir un complexe centralisé de soins médicaux se trouve sensiblement élargie. On oublie souvent que le malade rural qui habite à une heure d'un centre médical en est tout aussi rapproché (du point de vue du temps qu'il faut pour s'y rendre) que de nombreux malades urbains. Cela veut dire que, grâce à une meilleure organisation des installations de santé, une large part des services de santé pourrait être assurée dans des centres aménagés à des endroits judicieusement choisis. L'établissement, par des particuliers, de la Rip Van Winkle Clinic, dans le Nord de l'État de New-York, concrétise ce concept. Cet organisme a fait l'expérience de cliniques satellites ou régionales intégrées au noyau central d'exercice groupé. D'après le directeur médical de la Rip Van Winkle Clinic, ce régime d'organisation s'étend rapidement; c'est un rouage qui contribuera largement à la solution du problème que pose la meilleure répartition de soins de haute qualité².

On a qualifié de gaspillage des services de spécialistes la participation de médecins spécialisés à des cliniques régionales de petites collectivités situées à 20 ou 30 milles du complexe central. On aurait raison si la collectivité satellite, faute de population suffisante était incapable d'utiliser pleinement les services du spécialiste. Par exemple, au taux censé moyen de rémunération des spécialistes au Canada, il faudrait que le transport des malades au centre médical coûte \$60 par jour avant qu'il soit rentable d'attacher un spécialiste à la petite collectivité. Puisque le coût de la route a déjà été payé par la municipalité et puisque la plupart des gens ont une automobile, les menues dépenses et la perte de temps de travail seraient les seuls frais supplémentaires à envisager. Il semble qu'on pourrait transporter un assez grand nombre de malades avant de dépasser le coût que représente le recrutement d'un spécialiste pour la collectivité.

L'exercice groupé et coopératif de l'Hamiota Medical Group est un autre exemple d'une méthode qui permet d'assurer les soins de spécialistes

¹ Ibid., p. 468. ² C. B. Esselstyn, The Next Ten Years in Medicine, dans New England Journal of Medicine, vol. 266, 18 janvier 1962, pp. 124-129.

aux régions rurales. Ce groupe de quatre médecins, dont l'un est chirurgien, sert une population d'environ 11,000. Il compose le personnel de l'hôpital d'Hamiota, mais chaque médecin a son cabinet et son domicile dans une ville ou un village différent¹.

Là où les distances sont considérables, on pourrait recourir à une adaptation de l'équipe d'obstétrique qui a été établie en Nouvelle-Écosse. Sous ce régime, une liste de spécialistes est accessible sur un pied d'urgence dans n'importe quelle partie de la province en cas de complications obstétriques nécessitant une aide spéciale qui n'est pas accessible sur les lieux². Un programme ingénieux de cette nature, en mettant à la disposition de localités éloignées, en cas d'urgence, les services de praticiens hautement qualifiés, accroîtrait sensiblement le nombre de ceux qui ont accès aux services de spécialistes et apaiserait les craintes de nombreux résidents des régions rurales qui supposent que ces services ne seront pas accessibles le jour où ils en auront vraiment besoin.

A notre époque où l'hélicoptère, l'hydravion, le petit avion de transport et de l'embarcation à moteur s'ajoutent à l'automobile comme moyens de transport, il semble qu'on puisse facilement mettre sur pied des installations de santé régionales. On peut recourir au transport par avion pour relier les régions, ce qui permettrait une intégration poussée des régions sanitaires aux centres urbains où sont concentrés les grands spécialistes et les institutions d'enseignement.

Le téléphone et d'autres moyens de communication pourraient sans contredit être utilisés beaucoup plus qu'ils ne le sont présentement pour une bonne part des consultations données dans les couloirs des cliniques.

Afin de tirer le meilleur parti de ces moyens, il y aurait lieu de se renseigner sur le coût d'aménagement d'installations appropriées à la campagne, y compris peut-être la location de lignes directes pour les médecins et d'autres dispositifs économiseurs de temps du même genre. Dans les régions rurales les plus reculées, la radiotéléphonie et la télévision en circuit fermé ouvriront peut-être une ère nouvelle dans le domaine des consultations pour fins de diagnostic, de thérapie et de réadaptation.

L'un des principaux avantages qu'il y aurait à faire plus grand usage des moyens de communication, ce serait de relier les diverses collectivités et, par le fait même, de fournir aux régions éloignées les services de santé qui ont été l'apanage des grands centres urbains jusqu'à maintenant.

Le succès de l'exercice groupé comme moyen d'effectuer les changements proposés ci-dessus dépendra de sa souplesse. Évidemment, si l'exercice groupé devient populaire, bon nombre de médecins devront élargir leurs vues au sujet du secteur géographique et des méthodes d'exploitation des cliniques.

Dans les endroits isolés et les régions septentrionales, les problèmes que pose le rapprochement entre médecins et malades sont encore plus

¹P. H. T. Thorlakson, *Provision of Medical Services Through Group Practice*, mémoire présenté à la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Montréal, 1962. ²Transcription, *op. cit.*, 30 octobre 1961, vol. 3, p. 420. Aussi Clute, *op. cit.*, p. 507.

marqués. Au chapitre 8, nous avons discuté des problèmes logistiques qui font obstacle à la rencontre entre les malades et le personnel sanitaire, dans les régions éloignées. Il serait possible de résoudre ces difficultés en utilisant des moyens de transport et de communication semblables à ceux que nous avons recommandés pour les régions rurales. Ainsi, on pourrait transporter les malades auprès d'un médecin par avion ou par hélicoptère, ou vice versa, comme le fait présentement le service ambulancier aérien de la Saskatchewan dont on a parlé au chapitre 8. Grâce à des centres de radiotéléphonie aménagés dans certains hôpitaux des régions peuplées, on pourrait transmettre des conseils médicaux à ceux qui en on besoin dans les secteurs isolés et dans les régions septentrionales. Pour ce faire, il faudrait que les postes soignants dotés d'une infirmière-hygiéniste dont il a été question au chapitre 8, soient munis d'un émetteur-récepteur à batterie comme ceux dont on se sert dans l'arrièrepays australien (ce sont des appareils dont le fonctionnement est facile et guaranti pour dix-huit mois sans qu'il soit nécessaire de changer la batterie). Dans les collectivités isolées, les pharmacies de famille devraient être pourvues de fournitures médicales correctement étiquetées qui peuvent être utilisées en toute sécurité par des profanes. L'adoption des méthodes précitées permettrait aux habitants des endroits isolés et des régions septentrionales de profiter «des meilleurs services de santé possible» dans leur situation particulière.

Qualité des soins médicaux

L'étude qui précède est essentiellement d'ordre quantitatif en ce sens qu'elle porte sur des estimations du nombre de médecins dont on aura besoin dans les décennies à venir, les attraits financiers de la profession et le rendement accru des médecins qui, selon nous, résultera de l'essor de l'exercice groupé. Un autre facteur qui a tout autant d'importance, sinon plus, c'est la qualité des services médicaux fournis par un effectif accru de médecins. Cet élément dépend, d'une part, des avances techniques de la médecine et de leur application aux soins donnés aux malades et, d'autre part, de l'assiduité des médecins à se tenir au courant des progrès et à en tirer profit lorsqu'il y a lieu. L'attention accordée aux progrès de la médecine porte à croire que c'est l'aspect le plus important des soins médicaux, mais le malade n'en bénéficiera que si, dans la pratique, son médecin sait profiter des découvertes tout en restant fidèle aux principes fondamentaux acquis aux cours de ses études médicales. Évidemment, «même si un étudiant pouvait, pendant ses quatre années d'études médicales, faire l'impossible et assimiler la masse de connaissances disponibles, il aurait tôt fait d'être dépassé par les progrès de la science à moins de continuer à étudier et de se tenir au courant des découvertes1». Comment peut-on s'assurer que, sans oublier les principes de base qu'on leur a inculqués, les médecins suivent l'avance rapide de la médecine de manière à donner des soins de haute qualité?

¹J. A. MacFarlane et autres, op. cit., chapitre 9.

Sur le plan des méthodes, il est périlleux de tenter d'évaluer la qualité des services médicaux, mais deux améliorations marquées se sont produites ces dernières années. L'Association médicale canadienne, l'Association des hôpitaux du Canada et le Collège royal des médecins et chirurgiens . du Canada ont établi de concert le Conseil canadien de l'accréditation des hôpitaux. Avant d'accorder un certificat d'accréditation à un hôpital, le Conseil fait enquête sur la qualité des soins qui y sont offerts. Pour que l'hôpital où il travaille soit accrédité, le personnel médical essaie d'évaluer la qualité des soins médicaux qu'il prodigue. A cette fin, il peut constituer l'un ou l'autre ou plusieurs des comités suivants¹.

Le Comité des tissus, qui fait l'étude des tissus enlevés par les chirurgiens et qui dépiste promptement le médecin qui enlève souvent des tissus sains:

Le Comité de justification médicale, qui examine les archives médicales, les diagnostics posés et les mesures prises avant comme après les opérations, et qui établit des normes concernant l'évaluation des soins médicaux:

Le Comité des archives médicales, qui étudie la valeur des archives conservées pas les médecins à l'égard de leurs clients et qui établit des normes acceptables;

Le Comité d'enquête sur l'activité professionnelle, organisation d'institution récente qui étudie certains aspects des archives médicales, ce qui permet une évaluation plus perfectionnée des soins hospitaliers;

Le Comité des admissions et des sorties, qui établit des règles d'admission qui tiennent compte de la priorité à accorder aux cas d'urgence, aux cas facultatifs et aux malades chroniques et qui peut étudier périodiquement la durée du séjour en hôpital.

Tous ces moyens ont facilité l'évaluation des soins médicaux fournis aux malades dans les hôpitaux et ont amélioré les normes, mais il est beaucoup plus difficile de déterminer la qualité des soins donnés par les médecins à domicile ou en cabinet. Toutefois, l'analyse de leurs opérations permet à certains régimes d'assurance médicale de déceler les pratiques insolites des médecins adhérents. L'étude effectuée par le docteur K. Clute², portant sur un échantillon d'omnipraticiens de l'Ontario et de la Nouvelle-Écosse, constitue une avance marquée dans l'évaluation des soins prodigués par ces médecins. Le docteur Clute signale ce qui suit:

...tant en Ontario qu'en Nouvelle-Écosse, beaucoup d'omnipraticiens font un excellent travail. De fait, certains médecins ont un rendement si élevé qu'il serait difficile de formuler quelque critique que ce soit à leur endroit. Toutefois, les chiffres et les exemples cliniques cités indiquent clairement que la qualité des soins d'un pourcentage considérable des

¹ Ibid., chapitre 15. ² K. F. Clute, op. cit.

médecins visités dans les deux provinces laissait fort à désirer. Il ne s'agissait pas tellement de l'ignorance des détails relatifs à des médicaments nouveaux ou des complexités obscures de maladies rares, mais plutôt de manquements aux principes fondamentaux de la médecine clinique comme l'absence d'archives appropriées concernant les antécédents des malades, c'est-à-dire la négligence à demander aux malades eux-mêmes tous les renseignements qu'ils pouvaient fournir sur leurs affections et à tirer profit de ces données. Dans d'autres cas, le médecin n'avait pas fait un examen satisfaisant, n'avait pas su distinguer entre des phénomènes physiques normaux et anormaux ou n'avait pas appliqué les principes élémentaires de biochimie, de physiologie, de pathologie, de microbiologie et de pharmacologie dans le dépistage et le traitement de la maladie. Le premier groupe de médecins, celui qui accomplit du bon travail, fait honneur à la profession, mais le second, celui des incompétents, est peut-être plus important vu qu'il constitue un défi pour l'ensemble des médecins1.

Au chapitre 7, nous avons signalé que le maintien de normes élevées en matière de soins médicaux incombe aux écoles de médecine, aux associations professionnelles, aux organismes d'homologation et, plus spécialement, à chaque médecin en particulier. A ce sujet, nous avons mentionné les programmes d'enseignement médical permanent établis par les universités et la profession. Les conclusions du docteur Clute démontrent clairement que les programmes actuels n'atteignent pas assez de médecins exerçants. Il y aurait peut-être lieu aussi d'étudier d'un œil critique les programmes euxmêmes.

Certaines des faiblesses relevées par le docteur Clute reflètent les ressources humaines parmi lesquelles les comités de sélection des écoles doivent choisir les futurs médecins. Ce qui fait défaut, c'est que les comités doivent accomplir leur travail sans l'aide des techniques qui leur permettraient de choisir au mieux. En outre, les méthodes didactiques de l'enseignement universitaire et la pénurie de professeurs de clinique n'encouragent pas l'étudiant à se perfectionner par lui-même et à continuer à étudier sérieusement son domaine après l'obtention de son diplôme.

Un des facteurs qui contribue le plus à assurer des soins médicaux de haute qualité, c'est l'étude et la discussion des cas ordinaires d'un médecin avec ses collègues. Pour cela, il faut qu'un médecin soit en contact journalier avec d'autres membres de sa profession, ce qui est difficile sinon impossible pour un praticien isolé et affairé, sauf lorsqu'il traite ses malades à l'hôpital. A domicile ou en cabinet, l'omnipraticien doit se débrouiller seul. Par contre, l'exercice groupé permet au praticien d'entretenir des rapports étroits avec ses collègues et l'encourage à fournir des soins de haute qualité. Quant au malade, il jouit des connaissances réunies de plusieurs médecins dont chacun possède des capacités particulières. Ce point est souligné dans une de nos études.

... un groupe plus considérable comprend habituellement de jeunes médecins, diplômés depuis peu de temps, et des praticiens plus âgés

¹ Ibid., p. 315.

possédant plus d'expérience, ce qui permet au malade de profiter à la fois de l'expérience collective du groupe et des connaissances les plus récentes. En ce qui a trait aux diagnostics et à la thérapie, des connaissances, des installations et des méthodes spéciales sont, au besoin, mises à sa disposition sur-le-champ. Soumis à la critique officieuse de ses collègues, le médecin est porté à se tenir au courant des derniers progrès de la médecine. Le travail d'équipe est rendu nécessaire par la complexité de la médecine moderne. En général, les honoraires sont à peu près les mêmes que ceux des autres médecins de la collectivité, mais, comme l'exercice groupé permet apparemment une utilisation plus rationnelle des ressources, du personnel et du matériel, le malade recoit probablement de meilleurs soins... En outre, il économise du temps et de l'argent s'il doit consulter quelques spécialistes. L'exercice groupé se prête à diverses formes d'assurance médicale et il est possible dans les petites collectivités; les malades ont donc facilement accès aux services des spécialistes, en particulier, dans les collectivités rurales et les petits centres urbains.

Quant aux médecins, ils tirent des avantages professionnels, économiques et pratiques de l'exercice groupé sans compter qu'ils y acquièrent de nouvelles connaissances. Un groupe de médecins peut se permettre plus facilement d'embaucher du personnel auxiliaire (infirmières, secrétaires, chefs de bureau, techniciens, etc.) qui débarrasse les médecins du train-train qui prend du temps et qui est «improductif». Les praticiens peuvent ainsi consacrer plus de temps à l'exercice de leur profession. A rencontrer d'autres médecins et à partager leurs expériences, ils s'améliorent sur le plan professionnel. Ils s'en tiennent uniquement aux actes médicaux pour lesquels ils sont le mieux formés.

Ayant des heures de travail régulières, les médecins d'exercice groupés ont plus de temps libre, peuvent entreprendre des études post-universitaires, faire des recherches, assister à des conférences et prendre des vacances sans perte de revenus. Un praticien qui fait partie d'un groupe n'a pas à se préoccuper autant de considérations d'ordre économique ni à accepter plus de malades qu'il ne peut servir convenablement car, dans la plupart des cas, ses revenus ne dépendent pas directement de l'ampleur de sa clientèle¹.

Avant de terminer la présente analyse de l'effectif futur de médecins, nous devons faire ressortir certains points vitaux. Pour maintenir le rapport population-médecin actuel jusqu'en 1991, il faudra accroître le rendement des écoles de médecine. Le tableau suivant est un résumé de nos besoins².

Pour répondre à ces besoins, il faudra non seulement agrandir les installations existantes, mais aussi construire, avant 1971, quatre nouvelles écoles de médecine en plus de la faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke dont les plans sont déjà fort avancés³. Les quatre nouvelles écoles rendront nécessaire l'embauchage d'au moins 780 professeurs, dont 282 pour les sciences fondamentales et 488 pour la division clinique, ce qui veut dire que, pendant sept ans, les universités canadiennes devront produire en moyenne 40 professeurs de plus par année dans le domaine des sciences fondamentales et 70 professeurs cliniques supplémentaires à temps plein.

¹S. Judek, op. cit., chapitre 6.

² J. A. MacFarlane et autres, op. cit., chapitre 11, tableau 11-13.
³ Au chapitre 2, il est question de la localisation des nouvelles écoles de médecine.

TABLEAU 13-9 EFFECTIF DE MÉDECINS NÉCESSAIRE AU CANADA POUR MAINTENIR LE RAPPORT POPULATION-MÉDECINS ACTUEL DE 1 À 857, DE 1966 À 1991

	(1)	(2)	(3) Rendement	(4)	(5)	(6)
Année	Nombre de médecins requis	Rendement des écoles actuelles	des écoles nouvelles ou agrandies	Total (2) + (3)	Solde (4) - (1)	Rapport population-médecin
1966	23,683	23,708	i — I	23,708	25	856.1
1971	26,358	26,486	148	26,634	276	848.1
1976	29,443	28,730	1,153	29,883	440	844.4
1981	32,959	30,702	2,829	33,531	572	842.4
1986	36,809	32,191	4,862	37,053	244	851.4
1991	40,964	33,417	7,226	40,643	-321	863.7

Source: Tableau 13-3.

En ce qui a trait à la prestation des soins médicaux dans l'avenir, nous soulignons qu'il importe de trouver des moyens plus efficaces d'organiser les services, dans les régions rurales en particulier; l'exercice groupé en est un exemple. Il faudrait aussi établir des moyens de communication et de transport satisfaisants afin de rapprocher le médecin de ses clients, à la campagne et dans les régions septentrionales, et maintenir la qualité des soins médicaux grâce au contrôle soigné des normes professionnelles.

EFFECTIF FUTUR DE DENTISTES

Combien de nouveaux dentistes?

Comme nous l'avons signalé déjà1, les affections dentaires comptent probablement parmi les maladies les plus fréquentes au Canada. D'après l'Association dentaire canadienne, 98 p. 100 de nos enfants de treize ans ont au moins une dent cariée et, en movenne, ils en ont trois qui ont besoin d'être réparées². Cet état de choses insatisfaisant est partiellement dû au rapport population-dentiste³ qui ne cesse d'empirer et qui ne se stabilisera que le jour où des mesures seront prises pour renverser la tendance⁴.

Actuellement, le rapport population-dentiste au Canada s'établit à un dentiste pour 3,108 habitants, ce qui est loin d'être suffisant. Nos écoles d'art dentaire sont si limitées et notre population augmente si rapidement que nous ne pourrons même pas maintenir ce rapport dans l'avenir à moins

¹ Voir chapitre 5.

² Association dentaire canadienne, mémoire présenté à la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, mars 1962.

^a Voir chapitre 7.

⁴ Voir tableau 13-10.

d'agrandir sensiblement les installations; il va donc sans dire que pour améliorer la situation, il faudrait agir encore plus promptement et construire un plus grand nombre d'écoles.

Le tableau 13-10 porte sur le nombre estimatif de dentistes que fourniront les écoles existantes tandis que le tableau 13-11 indique le nombre de diplômés que pourraient produire nos maisons de formation si nous les agrandissions. Étant donné l'acuité de la pénurie de dentistes, nous recommandons d'adopter la projection 3, fondée sur l'essor rapide mais graduel des écoles. Même après cela, le rapport population-dentiste au Canada serait beaucoup moins avantageux que le rapport actuel aux États-Unis (1 à 1,900) ou en Suède (1 à 1,500). La croissance indiquée dans la projection 3 dépendra de deux facteurs: l'expansion des écoles et l'élargissement du

TABLEAU 13-10 EFFECTIF ESTIMATIF DE DENTISTES ET RAPPORT POPULATION-DENTISTES, CANADA, PAR QUINQUENNAT, 1961-1991

Année	Nombre estimatif de dentistes d'après les tendances actuelles du rende- ment des écoles*	Rapport population- dentiste†
1961	5,868 6,336 6,988 7,810 8,537 9,179 9,746	3,108 3,203 3,233 3,231 3,309 3,437 3,602

^{*}Les tendances sont les suivantes:

- a) Aucune nouvelle école ne sera fondée sauf celle de l'Université de la Colombie-Britannique d'où sortiront 40 dentistes en 1969.
- b) L'utilisation des écoles existantes progressera graduellement jusqu'à ce que le nombre des diplômés atteigne 304 en 1967.
- c) La proportion de ceux qui abandonnent leurs études sera de 3 p. 100 par année jusqu'en 1971 inclusivement, après quoi elle tombera à 2.45 p. 100.
- d) Il n'est pas tenu compte des immigrants, dont le nombre a été infime dans le passé, ni des étudiants étrangers qui reçoivent leur formation dans des écoles d'art dentaire canadiennes. Les chiffres qui figurent dans cette colonne se révèleront probablement trop élevés.
- e) Les chiffres valent pour la fin de l'année. Par conséquent, si on les compare avec ceux de l'A.D.C., on constatera que le chiffre de l'année 1961 ci-dessus correspond à celui de l'Association pour 1962.

†Les estimations relatives à la population sont fondées sur une immigration nette de 50,000 personnes par année.

Source: Bruce A. McFarlane, Les effectifs dentaires au Canada, et K. J. Paynter, La formation dentaire au Canada, études réalisées pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964. L'Association dentaire canadienne, mémoire présenté à la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, mars 1962; Le Journal de l'Association dentaire canadienne, Toronto, vol. 29, nº 5, mai 1963 et des calculs.

TABLEAU 13-11 NOMBRE DE DENTISTES ET RAPPORT POPULATION-DENTISTES D'APRÈS TROIS TENDANCES, CANADA, PAR QUINQUENNAT, 1961-1991

Année*	Projection (1) Nombre estimatif de dentistes (nulle autre nouvelle école, sauf celle de l'Université de la Colombie-Britannique)			ion (2) stimatif de equis pour le rapport 1-dentistes our 3,108)†	Projection (3) Nombre estimatif de dentistes requis pour porter le rapport population-dentistes à 1 pour 2,450 d'ici 1991‡		
	Nombre de dentistes	Nombre d'habitants par dentiste ^a	Nombre de dentistes	Nombre d'habitants par dentiste ^a	Nombre de dentistes	Nombre d'habitants par dentisten	
1961 1966 1971 1976 1981 1986	5,868 6,336 6,988 7,810 8,537 9,179 9,746	3,108 3,203 3,233 3,231 3,309 3,437 3,602	5,868 6,530 7,270 8,120 9,090 10,150 11,295	3,108 3,108 3,107 3,108 3,107 3,108 3,108	5,868 6,386 7,158 8,771 10,575 12,493 14,329	3,108 3,179 3,156 2,877 2,671 2,525 2,450	

^{*}Bruce A. McFarlane, Les effectifs dentaires au Canada, étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964, chapitre 2, tableau 2-3. On constatera que l'auteur donne la proportion de 1 pour 3,108 pour 1962 plutôt que pour 1961. Cela est attribuable au fait que, dans un cas, on divise par le nombre de dentistes au premier de l'an et, dans l'autre, par le nombre de dentistes le dernier jour de l'année le chiffre estimatif de la population en juin. McFarlane se fonde sur les premiers chiffres alors que nous utilisons les derniers; c'est ainsi que nous en arrivons à la proportion de 1 pour 3,108 pour 1961.

†La proportion de l pour 2,450 équivaut presque à celle qui existe présentement en Colombie-Britannique (1 pour 2,406) et qui est la plus basse au Canada. En outre, le taux hypothétique de croissance se rapproche de celui que préconise le Dr K. J. Paynter, sauf que le rythme en est presque deux fois plus rapide. Voir K. J. Paynter, La formation dentaire au Canada, étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964. Le taux de croissance est indiqué au tableau 13-11.

‡La projection de la population se fonde sur une immigration nette de 50,000 personnes par année.

^aChiffres de fin d'année dans chaque cas.

SOURCE: Bruce A. McFarlane, Les effectifs dentaires au Canada, et K. J. Paynter, La formation dentaire au Canada, études réalisées pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, Imprineur de la Reine, 1964. L'Association dentaire canadienne, mémoire présenté à la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, mars 1962, dans le Journal de l'Association dentaire canadienne, Toronto, vol. 29, nº 5, livraison de mai 1963, et des calculs.

programme d'études post-universitaires dans les écoles d'art dentaire afin de former les professeurs requis. Le tableau 13-12 indique, d'après les hypothèses de la projection 3, les moyens d'acccroître l'effectif de dentistes. On présume que l'immigration nette sera négligeable et que l'effectif de dentistes viendra donc exclusivement de l'expansion des écoles actuelles et de la création des nouvelles installations que nous recommandons. Le nombre d'étudiants inscrits aux six écoles existantes s'élève à 338 au maximum¹. Même si ces institutions sont agrandies, compte tenu aussi des 40 diplômés

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

qui devraient sortir de l'Université de la Colombie-Britannique en 1969, nous serons loin d'avoir assez de dentistes. Il faudrait donc que deux des quatre nouvelles écoles dentaires se mettent à ajouter à l'effectif dès 1975.

Dans la projection 3, au tableau 13-12, nous avons tenu compte d'une perte de 10 p. 100 due au retour de non-résidents dans leur pays et d'une autre perte de 10 p. 100 découlant des abandons d'études¹. On estime que 2.45 p. 100 des étudiants en art dentaire abandonnent leur cours².

Si les installations actuelles sont agrandies et si quatre nouvelles écoles dentaires sont construites et commencent à décerner des diplômes dès 1985³, le rapport population-dentistes s'améliorera constamment, mais,

TABLEAU 13-12 MOYENS D'ACCROÎTRE L'EFFECTIF DE DENTISTES, CANADA, PROJECTION, PAR QUINQUENNAT, 1966-1991

Élément	Nombre de dentistes au Canada par quinquennat					
	1966	1971	1976	1981	1986	1991
Projection 3	6,386 3,179	7,158 3,156	8,771 2,877	10,575 2,671	12,493 2,525	14,329 2,450
Effectif 1. Écoles actuelles (320 inscriptions jusqu'en 1966 et 338 inscriptions possibles par la suite) 2. Nouvelles mesures et (ou) écoles a) Expansion des écoles actuelles au Canada: Université de la Colombie-Britannique, 36 diplômés en 1969; Université Dalhousie et Université de Montréal, 68 diplômés en 1970; Université McGill, Université	6,386	6,915	7,380	7,790	8,154	8,476
d'Alberta, Université du Manitoba, 66 diplômés en 1972. b) Nouvelles écoles dentaires Nº 1—36 diplômés canadiens en		242	1,089	1,934	2,815	3,750
1975 et 54 en 1980 Nº 2—27 diplômés canadiens en	_		70	281	544	808
1975 et 45 en 1980 N° 3—36 diplômés canadiens en	_	_	53	219	439	658
1980 et 54 en 1985 N° 4—27 diplômés canadiens en	-	-	-	70	183	544
1985Total	6,386	7,157	 8,592	10,294	53 12,188	184 14,420

Source: Voir tableau 13-10.

¹Comme les écoles acceptent les immigrants en deuxième année, il se peut que la perte de la 1^{re} à la 4° année ne s'élève pas à 10 p. 100. Voir K. J. Paynter, *Ibid.*, chapitre 5.

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

^a Voir chapitre 2, recommandations 155 et 156.

malgré ces efforts, l'effectif de dentistes demeurera inférieur à notre projection nº 3 au cours de la décenmie allant de 1976 à 1986.

L'immigration est une source possible de dentistes, mais on n'en a pas tenu compte puisque très peu de dentistes étrangers viennent s'établir au Canada. A l'encontre des médecins immigrants, dont le nombre s'accroît depuis quelques années, les dentistes des autres pays semblent hésiter à venir chez nous. Cela est peut-être attribuable à un certain nombre de facteurs, notamment le niveau de vie élevé dont ils jouissent dans leur pays d'origine, mais surtout aux effets restrictifs des divers règlements provinciaux d'homologation. Dans la plupart des cas, le dentiste qui vient au Canada doit fréquenter une école canadienne d'art dentaire pendant deux ans au moins avant d'être autorisé à exercer.

Sauf quelques exceptions, cette exigence s'applique même aux diplômés du Royaume-Uni et des autres pays du Commonwealth. A part ceux qui viennent des États-Unis, les dentistes étrangers sont habituellement admis en deuxième année du cours de quatre ans dans les écoles canadiennes. Les conseils d'homologation provinciaux acceptent aux examens les dentistes américains qui passent au Canada et qui sont diplômés d'écoles approuvées par l'Association dentaire canadienne¹.

Si les règlements d'homologation étaient moins restrictifs—sans toutefois sacrifier la qualité—il est fort possible que plus de dentistes immigreraient au pays, et l'accroissement de l'effectif prévu dans la projection n° 3 se ferait plus rapidement. Toutefois, il est possible que les entrées de dentistes étrangers en de telles circonstances ne soient pas aussi considérables qu'on l'escompte².

Comme il est indiqué au tableau 13-13, sur les 5,996 dentistes exerçant au pays en 1963, seulement 45 étaient des immigrants, exception faite des Américains. Douze d'entre eux sont venus au Canada avant la seconde Grande Guerre et trente-trois ont immigré depuis 1945. Autrement dit, depuis la fin de la guerre, les dentistes étrangers ont accru de moins de 1 p. 100 l'effectif de dentistes canadiens, et il leur a fallu satisfaire d'abord aux conditions établies par les conseils d'homologation. C'est la raison pour laquelle nous estimons que la projection nº 3 est la plus réaliste des trois du tableau 13-11. Quoi qu'il en soit, il y aurait lieu de revoir la situation d'ici quelques années pour établir si l'effectif de dentistes est satisfaisant et pour assurer l'amélioration constante du rapport population-dentistes, car même le rapport projeté de 1991 est moins avantageux que le rapport actuel de la Colombie-Britannique, sans parler, par exemple, de celui des États-Unis.

Besoins en professeurs

Le second facteur qui déterminera l'effectif de dentistes dans les années à venir, c'est la disponibilité des professeurs requis. Il est difficile d'établir des normes précises pour déterminer si l'effectif est suffisant. Toute-

¹ Bruce A. McFarlane, *ibid.*, chapitre 2. ² Voir chapitre 2, recommandation 166.

TABLEAU 13-13 DENTISTES INSCRITS EN 1963 AU REGISTRE DE L'ASSOCIATION DENTAIRE CANADIENNE ET DIPLÔMÉS D'ÉCOLES D'ART DENTAIRE NE FIGURANT PAS ȘUR LA LISTE DES INSTITUTIONS APPROUVÉES AU CANADA ET AUX ÉTATS-UNIS

					Pays d'	obtention	Pays d'obtention du diplôme				
Province	Royau et Ir	Royaume-Uni et Irlande	Austr	Australie et Nouvelle-Zélande	Eur	Europe	Autres pays	s pays	To	Total	Nombre
	Avant la guerre	Depuis la fin de la guerre	Avant la guerre	Depuis la fin de la guerre	Avant la guerre	Depuis la fin de la guerre	Avant la guerre	Depuis la fin de la guerre	Avant la guerre	Depuis la fin de la guerre	de dentistes dans la province (1963)
Terre-Neuve	 	4	ı		I			1	1	5	41
Île-du-Prince-Édouard	1	l	!	ı	l	l		1	1	1	31
Nouvelle-Écosse	<u>.</u>	1	1		ı]	J	1	-	ì	191
Nouveau-Brunswick	 	j	1	ı	1	ı		ı	I	-	133
Québec			i	ı	2		1	1	7	1	1,404
Ontario	2	7	ı	7		1	ı	ļ	7	6	2,515
Manitoba	2*	ю	ı	l	1	1	1	1	7	m	321
Saskatchewan	_	-	ı	i	-	7	1		7	4	197
Alberta	I	-	1	ı	ı	ł	1	-	1	7	459
Colombie-Britannique	3	∞	1	2	-	ı	I	ı	т	10	704
Ensemble des provinces	*6	24	1	4	ю	2	1	3	12*	33	5,996†

† Non compris les quatre dentistes qui ont présentement le droit d'exercer dans les Territoires du Nord-Ouest et le Yukon, et qui ont tous reçu sources données fournies par l'Association dentaire canadienne. * II y a double homologation ici, un dentiste ayant le droit d'exercer en Nouvelle-Écosse et au Manitoba.

fois, l'Organisation mondiale de la santé1 estime qu'il devrait y avoir un rapport de 1 à 7 entre le nombre de professeurs à temps plein et celui des étudiants. En 1961, le rapport était de 1 à 12.6 au Canada. La même année, le rapport du personnel à temps plein au personnel à temps partiel était de 18.7 à 81.3 au pays, alors que le rapport recommandé est de 40 à 60².

TABLEAU 13-14 PROFESSEURS D'ART DENTAIRE ET BESOINS ESTIMATIFS EN PROFESSEURS, CANADA, 1961-1986

	Professeurs						
Année	A temps plein	A mi- temps*	A temps partiel	Total			
1961	70	20 30	298	391			
1966	17 26 32 37 40	78 54 29 76	267 396 493 564 609	445 660 822 940 1,015			

^{*} Pour les années allant de 1966 à 1986, on a inclus les professeurs à mi-temps dans le personnel à temps plein, car nombre d'entre eux occupent des postes supérieurs dans les écoles d'art dentaire. Pour les calculs, on a compté deux professeurs à mi-temps comme un professeur à temps plein.

Source: Fondé sur le tableau 13-11.

Le rapport proposé d'un professeur à plein temps pour sept étudiants a été appliqué au nombre projeté d'étudiants qui fourniront le personnel nécessaire de professeurs à temps plein (voir tableau 13-13). De même, le rapport 40 à 60 s'applique aux professeurs à temps plein afin de pouvoir

évaluer le nombre requis de professeurs à temps partiel.

Les doyens des écoles canadiennes d'art dentaire estiment qu'il faudrait dès maintenant 80 autres professeurs à temps plein afin d'atteindre ces rapports entre professeurs et étudiants et entre professeurs à temps plein et à temps partiel³; d'ici 1986, il faudra approximativement 325 professeurs de plus, soit une moyenne de 18 par année. Si l'on parvenait à recruter le personnel à temps plein requis, il est peu probable que les professeurs à temps partiel soient aussi difficiles à trouver. Comme nous avons déjà besoin de 80 professeurs supplémentaires, il sera peut-être difficile d'en recruter 18 de plus par année, étant donné surtout le genre d'expérience requis.

³ K. J. Paynter, op. cit., chapitre 4. Voir aussi chapitre 2, recommandations 161, 163 et 164.

¹ Organisation mondiale de la santé, Enseignement dentaire, rapport d'un comité d'experts de l'hygiène dentaire, rapport technique, série 244, Genève. 1962.

Recommandation formulée par les doyens des écoles dentaires américaines. Commission d'enquête sur l'art dentaire aux États-Unis, Survey of Dentistry, Washington (D.C.), Conseil américain de l'éducation, 1961, p. 309.

La pénurie de personnel n'est pas un problème particulier aux universités, mais celui que posent les écoles d'art dentaire a des aspects bien particuliers. Les dentistes qui donnent des cours dans ces institutions peuvent jouer un rôle beaucoup plus utile s'ils ont exercé dans le domaine clinique surtout, mais aussi dans d'autres domaines, avant de se préparer à l'enseignement. En art dentaire, l'expérience ne s'acquiert que par la pratique. A moins qu'ils n'aient la chance de pouvoir travailler avec d'autres dentistes sans investir de capitaux, les futurs professeurs doivent habituellement beaucoup s'endetter. Par la suite, un jeune homme intéressé à l'enseignement doit vendre son équipement, et ainsi de suite; s'il effectue des recherches fondamentales, il pourra jouir d'une modeste bourse, mais il devra pourvoir à ses propres besoins s'il se spécialise. Si l'on ajoute à cela le fait que le traitement d'un professeur d'université n'est guère attrayant, on comprendra facilement que le recrutement du presonnel soit difficile, surtout en ce qui a trait au travail clinique. A l'Université de Montréal, la situation est encore plus compliquée puisque, les professeurs devant être francophones, le recrutement se fait uniquement parmi les diplômés de l'Université1.

Le problème du recrutement

Nos estimations concernant l'effectif futur de dentistes le plus probable sont fondées sur deux hypothèses: l'expansion graduelle mais accélérée des écoles, dans le sens indiqué au tableau 13-12, et le recrutement d'un plus grand nombre d'étudiants en art dentaire. Le dernier élément est tout particulièrement important vu que, ces dernières années, le nombre d'inscriptions en première année a été inférieur à la capacité maximum des écoles canadiennes. Le tableau 13-15 porte précisément sur ce point. Apparemment, les étudiants intéressés à l'art dentaire présentent une demande d'admission à plus d'une université, à l'instar des autres étudiants; cela gonfle le nombre des demandes. En outre, certains étudiants acceptés ne s'inscrivent pas par la suite; en 1962, leur nombre s'élevait à 15 p. 100 des étudiants acceptés². Afin de résoudre la difficulté, les écoles envoient des lettres d'acceptation à plus d'étudiants qu'elles ne peuvent en recevoir. Certaines places libres sont occupées par des étudiants qui ont failli aux examens, l'année précédente, et quelques places libres dans les autres années du cours sont remplies par des dentistes immigrants dont certains doivent fréquenter une école canadienne d'art dentaire pendant deux ans avant d'être homologués.

Les frais de formation élevés constituent un obstacle redoutable pour les étudiants en art dentaire comme pour les étudiants en médecine. Le problème est plus considérable que dans toutes les autres écoles professionnelles, y compris les facultés des arts et des sciences. D'après le tableau 13-16, au cours de l'année scolaire 1961-1962, les étudiants en art dentaire ont dépensé \$2,465 en moyenne, au Canada, soit \$219 de plus que les étudiants en médecine qui viennent au deuxième rang.

¹ C. T. Bissell, rapport du président, Université de Toronto, 1961, tel que cité dans ibid. ² Ibid., chapitre 2.

TABLEAU 13-15 NOMBRE D'ÉTUDIANTS DE PREMIÈRE ANNÉE DANS LES ÉCOLES CANADIENNES D'ART DENTAIRE, CAPACITÉ DES ÉCOLES POUR LA PREMIÈRE ANNÉE ET NOMBRE DE PLACES LIBRES, 1952-1962

Année	Capacité	Nombre d'étudiants	Nombre de places libres*
1952–1953	202	172	30
1953–1954	202	194	8
1954–1955	202	211	+ 9
1955–1956	202	199	3
1956–1957	205	206	+ 1
1957–1958	205	194	11
1958–1959	263	250	13
1959–1960	307	279	28
1960–1961	327	268	59
1961–1962	338	320	18
1962–1963	338	332	6

^{*}Il est arrivé deux fois (en 1954-1955 et en 1956-1957) que le nombre d'étudiants ait dépassé la capacité des écoles.

TABLEAU 13-16 MOYENNE DES DÉPENSES DES ÉTUDIANTS EN ART DENTAIRE ET D'AUTRES ÉTUDIANTS, PAR RÉGION ET DANS TOUT LE CANADA, 1961-1962

Faculté et région	Moyenne des dépenses
rt dentaire	\$
Est.	
Québec	
Ontario	2
Ouest	1
Arts et sciences	1 '
Pédagogie	1,415
Génie	1
Droit	2 22
Médecine	6 044
Pharmacie	1,550

^{*}Le chiffre élevé de cette moyenne est dû à un échantillonnage de seulement 47 étudiants, dont 26 étaient mariés.

Source: B. McFarlane, Les effectifs dentaires au Canada, étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964, chapitre 2, tableau 2-12.

Source: Bureau fédéral de la statistique, University Student Expenditure and Income in Canada, 1961-62, Part II—Canadian Undergraduate Students, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1963. tableau 35.

Tant que la formation demeurera aussi coûteuse, le recrutement des dentistes ne sera possible en général que dans les familles fortunées. Une forte proportion des membres de toutes les professions viennent de familles à revenus élevés. Le tableau 13-17 indique que 20.5 p. 100 des parents d'étudiants en art dentaire, en 1961, avaient une revenu annuel approximatif d'au moins \$10,000, comparativement à 7.8 p. 100 pour l'ensemble des familles non agricoles.

TABLEAU 13-17 REVENU ANNUEL APPROXIMATIF DES PARENTS DES ÉTUDIANTS CANADIENS EN ART DENTAIRE, 1960-1961

	Pource	ntage	
Revenu	Familles non agricoles	Parents	
	1960	1961	
Moins de \$4,000	38.5	22.7	
De \$4,000 à \$5,999	30.2	27.8	
De \$6,000 à \$7,999	16.3	16.9	
De \$8,000 à \$9,999	7.2	12.1	
De \$10,000 \$ \$14,999	5.3	11.8	
\$15,000 et plus	2.5	8.7	

Source: B. McFarlane, Les effectifs dentaires au Canada, étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964, chapitre 5, tableau 5-5, et Bureau fédéral de la statistique, Summary Family Income Statistics, 1961, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1963.

Dans les mémoires reçus par la Commission, un certain nombre de recommandations portaient sur les moyens d'aider les étudiants en art dentaire à payer le coût de leur formation professionnelle. Tous semblent reconnaître qu'il s'agit là d'une nécessité, mais on ne s'entend pas sur les moyens de fournir une assistance. L'Association dentaire canadienne préconise la réduction des frais et la création d'une caisse de prêt1. La Newfoundland Dental Society recommande l'établissement d'un programme de bourses d'études et d'une caisse de prêt². Quant au ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick, il propose que l'on subventionne les études en art dentaire en s'inspirant du Programme d'instruction pour la formation d'officiers des forces régulières, établi par le ministère de la Défense nationale; les intéressés seraient tenus de servir la province pendant une certaine période après l'obtention de leur diplôme³. Dans son mémoire, la New Brunswick Dental Society

¹Association dentaire canadienne, mémoire présenté à la Commission royale d'enquête sur les services de santé, mars 1962, Ottawa, pp. 53 et 54.

²Newfoundland Dental Society, mémoire présenté à la Commission royale d'enquête

sur les services de santé, Saint-Jean, le 2 novembre 1961, p. 6.

⁵ Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick, mémoire présenté à la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Fredericton, le 9 novembre 1961, section I, p. 7.

a exprimé à peu près la même idée lorsqu'elle a recommandé que des bourses d'études et des subventions soient accordées aux étudiants en art dentaire qui s'engagent à servir une région donnée de la province pendant une période déterminée, après l'obtention de leur diplôme¹. Le College of Dental Surgeons of Saskatchewan préconise l'octroi aux étudiants qui ont de bonnes notes de bourses d'entretien suffisantes pour payer toute la formation en art dentaire²; par ailleurs, l'Alberta Dental Association recommande une revision du programme actuel de bourses d'études, d'allocations, de subventions et de prêts à faible intérêt destinés aux élèves d'école secondaire et aux étudiants qui se destinent à l'art dentaire³. Quant à la Faculté d'art dentaire de l'Université du Manitoba, elle propose l'octroi de bourses d'études et d'entretien pour acquitter les frais encourus par les étudiants en art dentaire⁴.

Manifestement, nos recommandations concernant l'octroi d'une aide financière aux jeunes gens qui désirent embrasser une profession sanitaire⁵ sont de nature à accroître, au sein des familles peu fortunées, le recrutement des étudiants, y compris ceux qui se destinent à l'art dentaire. Toutefois, il serait illusoire de croire que le manque d'argent constitue le seul obstacle: «... tous les citoyens n'ont pas les moyens financiers pour entreprendre de longues études menant au diplôme de dentiste (et l'on peut en dire autant en ce qui a trait aux vues et à l'appui de la famille ainsi qu'à l'ambition et à l'intérêt des jeunes)⁶».

Les revenus sur lesquels ils peuvent compter après s'être établis constituent un attrait supplémentaire important pour les étudiants en art dentaire. D'après les témoignages reçus, nombre de dentistes exerçants estiment que la profession n'est pas assez rémunératrice.

Lors de l'étude qu'elle a effectuée sur le recrutement, l'Association dentaire canadienne a recueilli des opinions contradictoires concernant la suffisance du revenu des dentistes; le tiers (34.3 p. 100) de ceux qui encourageraient «les jeunes gens doués à embrasser la carrière de dentiste», le feraient parce que la profession est «fort rémunératrice». Par ailleurs, 41.5 p. 100 de ceux qui déconseillent l'art dentaire comme carrière fondent leur jugement sur l'aspect «peu rémunérateur» de la profession.

Quoi qu'il en soit, les dentistes qui exercent à titre privé au Canada touchent un revenu élevé, même s'il est inférieur à celui des médecins et des membres de quelques autres professions. D'après le tableau 13-18, le revenu des dentistes est monté plus rapidement que celui d'autres praticiens depuis la fin de la guerre.

¹ The New Brunswick Dental Society, mémoire présenté à la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Fredericton, novembre 1961, p. 3, alinéa 15.

²The College of Dental Surgeons of Saskatchewan, mémoire présenté à la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Regina, janvier 1962, p. 8, alinéas 34—36.

²The Alberta Dental Association, mémoire présenté à la Commission royale d'enquête

sur les services de santé, Edmonton, février 1962, p. 19, V (c).

*Faculté d'art dentaire de l'Université du Manitoba, mémoire présenté à la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Winnipeg, janvier 1962, p. 10, alinéa 45.

⁵ Voir chapitre 2, recommandation 158, ⁶ B. McFarlane, op. cit., chapitre 5.

⁷ B. McFarlane, op. cit., chapitre 5.

TABLEAU 13-18 REVENUS MOYENS DES CONTRIBUABLES CANADIENS, PAR PROFESSION, ET RANG DES DENTISTES, 1948-1959

Année	Médecins et chirur- giens	Ingénieurs et archi- tectes indé- pendants	Avocats et notaires	Dentistes	Comp- tables	Autres prati- ciens	Rang des dentistes
	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$
1948	8,274	7,455	8,309	5,395	*	4,171	(4)
1949	9,009	10,428	9,533	5,748	*	4,888	(4)
1950	9,881	10,955	9,641	6,202	*	4,311	(4)
1951	9,975	9,628	10,214	6,287	8,171	4,225	5
1952	10,522	12,266	9,222	7,112	8,026	4,197	5
1953	11,258	10,289	9,955	7,485	8,096	4,580	5
1954	11,891	12,059	11,925	7,896	8,672	4,900	5
1955	12,166	14,007	12,243	8,554	9,315	5,411	5
1956	13,053	13,640	12,617	9,230	9,940	5,729	5
1957	13,978	14,581	13,244	10,234	10,879	5,711	5
1958	15,264	14,260	13,163	10,662	10,627	6,281	4
1959	15,737	14,983	14,123	11,605	11,033	6,476	4

^{*}Les comptables ne formaient pas alors un groupe distinct.

TABLEAU 13-19 COÛT MOYEN DE L'ÉTABLISSEMENT D'UN CABINET, ET POURCENTAGE DES RÉCENTS DIPLÔMÉS DÉCLARANT DES FRAIS, PAR CATÉGORIE

	Pource	ntage	Co	oût
Élément	De ceux qui ont déclaré tous leurs frais	De tous les répondants	Moyen	Médian
			\$	\$
Instruments	94.0	73.1	1,298	500
Fournitures	90.0	70.1	1,376	714
Équipement	89.7	69.8	6,330	6,500
Mobilier	81.5	63.4	450	300
Équipement d'affaires	82.3	64.0	377	250
Rénovations	73.1	56.9	1,052	600
Autres frais	27.3	21.3	866	350
Total	100.0	77.8	11,749*	9,214†

^{*}Soit une moyenne de \$9,822.

Source: Ministère du Revenu national, Statistique fiscale, Division de la statistique, Ottawa, 1950-1961.

[†]Soit une moyenne de \$9,500.

SOURCE: B. McFarlane, Les effectifs dentaires au Canada, étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964, chapitre 5.

Dans le calcul de la capacité de gain des dentistes, il faut tenir compte des investissements considérables que doit faire le débutant. L'achat d'instruments dentaires, d'équipement, de fournitures et de mobilier occasionne des frais. Le tableau 13-19 porte sur les dépenses nécessaires; d'après l'enquête sur laquelle il est fondé, plus de 86 p. 100 des récents diplômés ont emprunté de l'argent pour s'établir¹.

Au Canada, l'art dentaire est une profession où les hommes prédominent. En 1962, il n'y avait que 97 femmes dentistes inscrites au registre de l'Association dentaire canadienne², soit 1.6 p. 100 de ses effectifs. Des statistiques comparables à l'égard d'autres pays sont disponibles pour 1958; le tableau 13-20 indique que la proportion des femmes dentistes varie entre 80 p. 100 en Finlande et moins de 2 p. 100 au Canada et 1 p. 100 au États-Unis³. Sur les 132 diplômés en art dentaire sortis de nos écoles d'art dentaire depuis 1919-1920, 70.4 p. 100 exercent encore⁴. Les faits démontrent qu'il est possible de recruter un plus grand nombre de femmes comme étudiantes en art dentaire. Certaines des femmes dentistes se marient et doivent faire certaines adaptations afin de bien remplir leur deux rôles de mère de famille et de praticienne. Notre étude de l'exercice de l'art rentaire au Canada démontre que certaines femmes dentistes:

- (i) ont établi leur cabinet dans leur demeure ou tout près;
- (ii) ont restreint leurs heures d'exercice ainsi que le nombre d'heures de travail par semaine;
- (iii) ont organisé minutieusement leur travail à leur cabinet et leur travail quotidien à la maison; et
- (iv) ont restreint le genre de cabinet qu'elles ont ouvert ou adopté⁵.

De l'avis de la Commission, l'art dentaire offre aux femmes une carrière prometteuse et il y va de l'intérêt du pays d'en attirer de plus en plus vers cette profession.

Organisation de l'exercice de l'art dentaire et effectif de dentistes

Au chapitre 7, nous avons signalé qu'il n'existe pas de tendance marquée vers l'exercice groupé de l'art dentaire. Toutefois, à l'instar des médecins, les dentistes exercent leur profession sous les auspices de diverses institutions, bien que l'exercice indépendant demeure prédominant comme le démontre le tableau 13-21. Ces données indiquent la faible proportion des dentistes qui exercent leur profession dans des écoles ou dans d'autres services dentaires organisés. Nous avons déjà signalé que

¹ *Ibid.*, tableau 5-25. ² *Ibid.*, chapitre 3.

⁸ Parmi les femmes dentistes inscrites au registre de l'Association dentaire canadienne,

 ³⁶ p. 100 sont nées en Lettonie, en Lithuanie et en Estonie.
 Au sujet du rôle de la femme dans l'art dentaire, voir Nell Snow Talbot, Women in Dentistry, dans American Journal of Dental Education, mars 1961, p. 17.
 B. McFarlane, op. cit., chapitre 3.

TABLEAU 13-20 PROPORTION DES FEMMES DENTISTES DANS DIVERS PAYS—1958

Pays	Pourcentage
Lithuanie	96
Lettonie	93
Finlande	80
Russie	71
Grèce	50
Danemark	40
Israël	29
France	25
Suède	25
Norvège	23
Pays-Bas	15
Allemagne de l'Ouest	13
Belgique	10
Japon	10
Suisse	10
Luxembourg	8
Grande-Bretagne	8
Italie	6
Australie	5
Autriche	4
Mexique	3
Canada	2
Afrique du Sud	1
Nouvelle-Zélande	ī
États-Unis	ī

Source: Byron S. Hollingshead, Enquête sur l'art dentaire, Conseil américain de l'Éducation, Washington (D.C.), 1961, appendice C, p. 528.

98 p. 100 de nos enfants ayant au plus 13 ans ont en moyenne besoin de se faire réparer trois dents¹, mais il est évident qu'il existe une pénurie grave de dentistes pour les fins des régimes dentaires des écoles. Dans six provinces, soit l'Île-du-Prince-Édouard, la Nouvelle-Écosse, l'Ontario, le Manitoba, l'Alberta et la Colombie-Britannique, on a établi des cliniques mobiles afin de remédier au problème des soins dentaires à donner aux enfants et aux adultes des régions rurales ou éloignées.

Contrairement au médecin, le dentiste n'exerce pas d'habitude en hôpital. En 1962, seulement 14 hôpitaux canadiens possédaient des installations dentaires conformes aux normes établies par l'Association dentaire canadienne. Ce nombre représente 1 p. 100 de tous les hôpitaux canadiens; aux États-Unis, la proportion atteint 33 p. 100. En 1962, seulement 55 dentistes à temps plein et 59 à temps partiel exerçaient en hôpital, soit 1.4 p. 100 de tous les dentistes, si les dentistes à temps partiel sont ramenés

¹ Voir page 552.

TABLEAU	13-21	RÉPARTITION	PROCENTU	JELLE DES	DENTISTES,	SELON
LEUR	GENR	E D'EMPLOI AU	U CANADA	(1962), AU	ROYAUME-U	NI
		(1962) ET A	UX ÉTATS-	UNIS (1961)	

Genre d'emploi	Canada, 1962 (5,868)	RU., 1962‡ (15,501)	ÉU., 1961 (106,000)
Professeurs d'école d'art dentaire	1.4* 2.8 1.0 1.7* 1.4* 1.2* 91.9	1.6 2.8 - 7.7 10.9 - 3.2 73.5 76.7	0.9 6.1 0.4 ^a 92.4
Total	101.4†	99.7	99.8

^{*}Le personnel employé à demi-temps compte ici pour son équivalent de personnel à temps plein, c'est-à-dire que deux dentistes employés à demi-temps comptent pour un dentiste à temps plein.

†Le total représente plus de 100 p. 100 vu que certains dentistes exerçant à titre privé travaillent aussi à temps partiel dans des écoles d'art dentaire, dans des services scolaires dentaires, pour le compte de la santé publique et en hôpital.

‡Le secrétaire adjoint de l'Association dentaire britannique déclarait ce qui suit dans un mémoire adressé à l'Association dentaire canadienne: «Un grand nombre des dentistes exerçant en hôpital travaillent à temps partiel et passent probablement le reste de leur temps dans les services dentaires généraux; environ 900 des dentistes exerçant dans les services dentaires généraux consacrent aussi une partie de leur temps aux services scolaires dentaires pendant les périodes sessionnelles »

*Ce pourcentage comprend «les dentistes travaillant pour l'État et pour les services de santé locaux, ainsi que pour le compte de l'industric et des sociétés dentaires». Duane B. Moen, Proceedings of the Workshop on the Future Requirements of Dental Manpower and the Training and Utilization of Auxiliary Personnel, Université du Michigan, 1962, p. 18, ci-après désignée l'Étude de l'Université du Michigan.

SOURCE: B. McFarlane, Les effectifs dentaires au Canada, étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964, chapitre 4.

à leur équivalent de personnel à temps plein. Il est évident que les services dentaires fournis dans les hôpitaux canadiens sont très limités et, habituellement, ils sont réservés aux hospitalisés. Dans les conditions actuelles, on ne peut prévoir un accroissement des soins dentaires hospitaliers, soit à l'égard de hospitalisés ou à l'égard des malades externes, mais l'expansion de ces deux genres de services s'impose de toute évidence, vu que les défauts d'ordre dentaire sont tellement répandus et que les services requis sont tellement restreint¹.

La spécialisation a d'importantes résonnances sur l'exercice de la profession. A l'instar du médecin, le dentiste spécialiste se confine à un domaine précis, ce qui a pour effet de restreindre le genre de malades qu'il traite. Cela signifie que le spécialiste doit s'établir dans une région urbaine

¹ Voir chapitre 2, recommandation 40.

où la population est relativement dense, afin d'être assuré d'exercer sa profession à plein temps. Seulement 3.8 p. 100 des dentistes canadiens sont des spécialistes qualifiés, bien que beaucoup d'omnipraticiens exercent à titre de spécialistes. La situation est semblable à celle qui existe chez les médecins dont beaucoup de «spécialistes non certifiés» exercent les fonctions de spécialistes.

Au Canada, il existe trois spécialités dentaires reconnues: l'orthodontie, la chirurgie orale et la périodontie. Le tableau 13-22 démontre que l'orthodontie est de loin la plus importante tant au Canada qu'aux États-Unis.

TABLEAU 13-22 EXPANSION DE LA SPÉCIALISATION, CANADA (1952-1962) ET ÉTATS-UNIS (1952-1960)

	Car	nada	États	s-Unis
Spécialité	1962 (227)	1952 (126)	1960 (4,170)	1952 (2,584)
	p. 100	p. 100	p. 100	p. 100
Orthodontie	56	48	50	48
Chirurgie orale	26	28	28	26
Périodontie	10.5	16	7	14
Pédodontie*	7.5	8	5	3
Prothèse dentaire	_	l —	7	7
Pathologie orale			1	1
Hygiène publique	_	<u> </u>	1	<u>—</u> †
Total	100	100	99	99

^{*}Bien qu'au cours des années passées l'Association dentaire canadienne ait donné le nombre de pédodontologues dans ses statistiques annuelles sur le personnel dentaire, l'Association ne reconnaît pas la pédodontie comme spécialité.

SOURCE: B. McFarlane, Les effectifs dentaires au Canada, étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, Imprimeur de la Reine, tableau 3-27.

Comme l'indique le tableau 13-23, la plupart des spécialistes exercent leur profession en région urbaine. Dans chacune de ces spécialités, plus de 75 p. 100 des praticiens sont établis dans des villes de plus de 250,000 habitants. Au tableau 7-12, nous avons déjà indiqué qu'il existe au Canada une mauvaise répartition des dentistes, tant spécialistes que non spécialistes, entre les régions urbaines et les régions rurales. Évidemment, il faut former un plus grand nombre de spécialistes et leur fournir des avantages afin de les attirer dans les centres moyens, ce qui rendra leurs services plus accessibles¹.

Un des aspects importants que présente aujourd'hui l'exercice organisé de l'art dentaire, c'est que le dentiste peut faire davantage grâce au personnel

[†]Moins de 0.5 p. 100.

¹ Voir chapitre 2, recommandation 51.

TABLEAU 1	13-23	RÉPARTITIO	ON PRO	OCENTUE	LLE	DES	DENTISTES
SPÉCIALIS	STES	QUALIFIÉS S	SELON	L'IMPORT	ANC	E DE	S VILLES,
		CA	NADA,	1962			

	Spé		
Importance des villes	Chirurgie orale	Orthodontie	Périodontie
	(59)	(127)	(24)
1,000,000 d'habitants et plus	45	48	60
250,000 - 999,999 habitants	42	28	33
50,000 - 249,999 habitants	13	21	7
30,000 - 49,999 habitants		2	_
Moins de 30,000 habitants	_	1	
Toutes villes	100	100	100

Source: Directory, Association dentaire canadienne, Toronto, 1962, pp. 95-98.

auxiliaire. Nous avons déjà décrit les divers genres d'auxiliaires et la formation qu'ils reçoivent. Notre étude a fait voir que l'hygiéniste dentaire reçoit une formation de deux années dans une université afin qu'il puisse exercer un nombre restreint de fonctions techniques sous la surveillance immédiate du dentiste. La Commission d'enquête sur l'art dentaire aux États-Unis s'est demandée si l'hygiéniste dentaire recevait une formation trop avancée pour les tâches qu'il doit remplir.

La Commission voit d'un bon œil le désir d'améliorer la formation pratique des hygiénistes, mais il semble que le cours de deux ans qu'ils suivent est peut-être trop poussé pour les services que la plupart d'entre eux fournissent en réalité. Le programme d'études de deux ans devrait permettre aux hygiénistes d'acquérir une formation suffisante pour qu'ils puissent remplir, sous la direction immédiate de dentistes, des fonctions comparables quant à la part de responsabilité, à celles qu'on confie aux infirmières. Comme nous l'avons mentionné dans le chapitre précédent (Hygiène dentaire), cetraines infirmières exercent leur profession après avoir reçu une formation minimum de deux ans. Certes, on n'a pas besoin de deux ans de formation pour nettoyer et polir la partie exposée des dents. Dans les forces armées, les aides dentaires reçoivent une formation de quelques semaines seulement pour assurer ce service¹.

L'expérience de l'infirmière dentaire tentée en Nouvelle-Zélande et le programme mis à l'essai au Royaume-Uni afin de déterminer la valeur des auxiliaires dentaires donnent à entendre que nous pouvons former au Canada des auxiliaires semblables, à qui seraient confiées un plus grand nombre de fonctions techniques que celles qu'accomplit actuellement l'hygiéniste dentaire, ce qui accroîtrait le volume de services dentaires fournis.

¹ K. J. Paynter, op. cit., chapitre 8.

Nouveaux auxiliaires dentaires

La fourniture des services dentaires plus nombreux, particulièrement aux enfants, pose un important problème dont la solution exige, pour une part, la formation de personnes pouvant travailler sous la direction d'un dentiste. D'après une étude portant sur la formation et l'emploi du personnel auxiliaire au sein du Corps dentaire royal canadien, il appert qu'on peut former, à l'extérieur d'une université, des personnes pouvant accomplir des fonctions techniques poussées.

- b) Le technicien de clinique fournit, dans une journée de travail de six heures et demie, des traitements dentaires équivalant à presque quatre heures de travail d'un dentiste. Cela signifie qu'une équipe composée d'un dentiste et d'un technicien de clinique accomplit, dans une journée de six heures et demie, la somme de dix heures et demie de travail d'un dentiste, soit une augmentation de 61.5 p. 100.
- c) La productivité, exprimée en points de temps pour chaque jour de travail, a augmenté, pendant la durée de l'enquête, de 90.7 p. 100 par rapport au trimestre précédent et de 95.8 p. 100 par rapport aux 14 jours de travail précédant immédiatement l'enquête¹.

Sous certains rapports, le travail de ces techniciens est plus intense que celui de l'hygiéniste dentaire civil, bien que les premiers ne soient pas diplômés d'un cours universitaire de deux ans. En fait, la formation minimum requise pour s'enrôler dans l'Armée canadienne équivaut au diplôme de la 8° année, bien que bon nombre des nouveaux membres aient une formation plus avancée. Il demeure, néanmoins, que des techniciens très spécialisés ne reçoivent pas de formation universitaire pour donner des traitements dentaires. Au chapitre 7, nous avons indiqué la formation et les capacités techniques que possèdent les infirmières dentaires des écoles de Nouvelle-Zélande et les auxiliaires dentaires du Royaume-Uni: ni les uns ni les autres ne sont formés dans une université. Ces trois mesures destinées à accroître le volume de services dentaires grâce au recours à des auxiliaires qualifiés démontrent qu'il est possible de choisir et de former un personnel de ce genre qui pourrait exécuter, sous surveillance, un certain nombre d'actes qu'accomplissent les dentistes. A l'école d'art dentaire de l'Université de l'Alberta, le programme de l'hygiéniste dentaire comprend certaines techniques que ne prévoient habituellement pas des cours de ce genre. Malgré ces progrès, les affections dentaires demeurent un problème dont d'ampleur est assez importante, à notre avis, pour justifier une action immédiate².

Aux États-Unis, les dentistes semblent peu disposés à étudier la possibilité de confier aux auxiliaires un plus grand nombre de responsabilités

¹K. M. Baird, D.D.S., G.B. Shillington, D.D.S., B.Sc., et D. H. Protheroe, D.D.S., M.P.H., Pilot Study on the Advanced Training and Employment of Auxiliary Dental Personnel in the Royal Canadian Dental Corps: Preliminary Report, dans le Journal de l'Association dentaire canadienne, vol. 28, n° 10, octobre 1962, p. 633.

²Voir chapitre 2, recommandation 39.

d'ordre technique. L'Association dentaire canadienne préconise une politique plus progressiste. Au dire de l'Association:

Les auxiliaires devraient être formés de façon à pouvoir rendre une gamme de services beaucoup plus étendue que la chose n'est possible à l'heure actuelle. Toutefois, ils devraient accomplir ces fonctions sous la surveillance immédiate d'un dentiste, seule personne en mesure d'assumer la responsabilité de tous les soins dentaires à accorder aux malades¹.

Nous nous préoccupons particulièrement de l'état de santé dentaire chez les enfants². Ce problème devient plus grave lorsque nous tenons compte de la pénurie actuelle de dentistes. Pour faire face à cette pénurie, nous devons établir une hiérarchie des urgences et, à notre avis, les enfants devraient bénéficier les premiers d'une expansion des services dentaires. Il faut essentiellement envisager l'hygiène dentaire chez les enfants en fonction de la prévention. Cette vérité devient particulièrement évidente lorsque l'on considère à quel point les mesures préventives prises dans l'enfance influent sur la santé dentaire à l'âge adulte. En ce qui concerne les traitements, les dentistes ont eu de la difficulté à établir une hiérarchie des urgences. Certes, la présence de caries dentaires, d'infections aiguës, de traumatismes ou de lésions pathologiques indique nettement qu'un traitement s'impose. «Contrairement à ce qui précède, le diagnostic et l'urgence du traitement dans le cas d'un malaise périodontique chronique et, plus particulièrement, d'une occlusion défectueuse doivent tenir compte de l'intensité de l'anomalie»³. En raison de leur nature variable et imprévisible, on a négligé ces maladies sauf lorsqu'elles créent de graves difficultés. Toutefois, lorsqu'on songe à établir un service de traitement, il est essentiel «de prévoir ces services car, autrement, le service en général serait peu à la hauteur»4.

Comme, jusqu'ici, il ne se pratique pas beaucoup de traitements pour ces maladies, il nous est difficile d'évaluer la quantité de traitements dont les enfants ont besoin car, bien que nous possédions des chiffres sûrs quant aux traitements les plus fréquents, nous ne pouvons obtenir que des approximations à l'égard des autres services que requièrent les enfants. La pénurie de dentistes et la gravité du problème que posent les défectuosités dentaires chez les enfants exigent qu'on forme, dans une période de temps raisonnablement courte, un nombre suffisant de personnes compétentes du point de vue technique qui pourront assurer la plupart des services dentaires que requièrent les enfants. Les faits exposés ci-dessus relativement à la formation d'auxiliaires pouvant assurer nombre des services dentaires dont les enfants ont besoin, donnent à entendre qu'on pourrait recourir à la

¹ Association dentaire canadienne, mémoire présenté à la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Toronto, mars 1962, p. 32.

² Pour la description statistique de cet état, voir Association dentaire canadienne, un mémoire présenté à la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, 1962, appendice II.

³ Ibid., appendice II, p. 11.

^{&#}x27;Ibid., appendice III, p. 1.

même solution au Canada. La formation des nouveaux auxiliaires dentaires pourrait se modeler sur la formation donnée au Royaume-Uni et que nous avons décrite au chapitre 7. La nature de l'enseignement pourrait être modifiée, mais la durée de la formation ne devrait pas être prolongée et il faudrait trouver des locaux pour la formation et pour le travail. Il est évident que la responsabilité et l'autorité définitives quant à toutes les formes de traitements donnés par les auxiliaires doivent relever d'un dentiste.

Les renseignements que nous avons obtenus des autres régimes dentaires en Europe nous révèlent que la priorité, quant aux traitements, est accordée aux enfants âgés d'au moins six ans. Cette pratique se fonde sur le principe qu'il est plus important de ce concentrer sur les dents permanentes des enfants plutôt que sur leurs dents de lait. D'autres écoles de pensée soulignent la grande influence que les soins apportés aux dents de lait ont sur l'historique subséquent des dents d'une personne. Nous partageons cette vue et, à notre avis, un régime idéal de traitements dentaires destinés aux enfants devrait prévoir des soins dès l'âge de trois ans. Toutefois, vu l'ampleur du problème, nous en sommes venus à la conclusion que le régime, au début, devrait s'appliquer aux enfants de cinq et six ans.

Au cours des deux années subséquentes, on pourrait commencer à accorder des soins initiaux aux enfants de deux autres groupes d'âge, tout en poursuivant les soins d'entretien aux enfants déjà visés par le régime; cela signifie qu'au cours de la deuxième année du régime, on s'occuperait également des enfants âgés de quatre et de cinq ans, tandis qu'on accorderait des soins d'entretien aux enfants traités pendant la première année et qui auraient alors six et sept ans. Au cours de la troisième année, le régime s'appliquerait en outre aux enfants de trois ans et ceux de huit ans recevraient des soins d'entretien. A chacune des années subséquentes, on ajouterait les enfants d'un nouveau groupe d'âge de sorte que, en 1980, les enfants de 3 à 18 ans recevraient des traitements pourvu, évidemment, qu'on ait réuni le personnel voulu pour assurer ces soins¹. Le tableau 13-24 indique le personnel approximatif requis pour appliquer un régime de soins dentaires destinés aux enfants. Voici de quelle façon nous en sommes arrivés à ces chiffres.

Voici la période de temps moyenne requise pour les soins initiaux, d'après les chiffres estimatifs fournis par l'Association dentaire canadienne²:

	-		heures
	enfant, soit 3.4×52 min.	176.8	min.
4.	Traitement d'une moyenne de 3.4 cavités par		
3.	Examen des caries dentaires	20	min.
2.	Consultation relative à la lutte contre la carie	6	min.
	topique stanneux		min.
1.	Polissage des dents et application de fluorure		

¹ Ce plan s'appuie sur les propositions que nous avons reçues de l'Association dentaire canadienne, op. cit., p. 42.

² Association dentaire canadienne, mémoire présenté à la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Toronto, 1962, appendice III-3, tableau III-1. Nous avons apporté de légères corrections aux chiffres de l'Association dentaire canadienne, après en avoir discuté avec ses représentants. Il a été établi, par exemple, que la période de temps requise pour la consultation relative à la lutte contre la carie s'élevait à 6 minutes par enfant.

TABLEAU 13-24 BESOINS ESTIMATIFS EN PERSONNEL ET PERSONNEL DISPONIBLE POUR LE RÉGIME DE SOINS DENTAIRES DESTINÉS AUX ENFANTS, CANADA, CERTAINES ANNÉES 1961-1976

Nombre d'enfants centage Nombre d'enfants recevant de ceux d'auxientant réclie- qui liaires visés le ment des utilisent régime soins† le régime 1000 1000	Nombre d'enfants centage re d'enfants recevant de ceux its utilisant réelle, qui le ment des utilisent régime soins† le régime
1	ı
920 734 635	734
3,460 2,679 2,331	2,679
6,320 5,433 5,433	5,433

• Fonde sur un taux croissant d'utilisation du régime de la part des jeunes enfants. Voici les taux estimatifs d'utilisation: nous présumons que 40 p. 100 des enfants de 3 ans, 50 p. 100 des enfants de 4 ans, 70 p. 100 des enfants de 5 ans, 90 p. 100 des enfants de 6 ans et 100 p. 100 des enfants à gés de 7 ans et plus, utiliseront le régime de services dentaires.

† Fondé sur le personnel disponible estimatif. ‡ Fondé sur la période estimative nécessaire pour assurer des soins initiaux et des soins d'entretien et sur un rapport dentistes-auxiliaires de 1 à 4.

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.

On évalue à 2.9 heures par enfant et par année¹ la période de temps requise pour donner des soins d'entretien aux enfants déjà visés par le régime. On obtient le personnel dentaire requis en divisant par 1,500 heures (c'est-à-dire le nombre d'heures qu'un dentiste peut consacrer aux traitements) le nombre total d'heures nécessaires pour donner les soins initiaux et d'entretien à la population visée par le régime.

Puisque des auxiliaires dentaires bien formés peuvent accomplir une bonne partie de ce travail sous la surveillance d'un dentiste qualifié, nous croyons que le rapport idéal dentiste-auxiliaires doit être de un à quatre.

Comme il est difficile d'amener les jeunes enfants dans les cliniques et compte tenu du retard que marquera la formation du personnel, nous prévoyons que, le régime ne sera pas pleinement utilisé au début. Le tableau 13-24 donne le nombre estimatif d'enfants qui utiliseront le régime en se fondant sur un taux d'utilisation croissant. Cette demande inférieure coïncidera avec un sous-effectif au cours des quelques premières années. Nous prévoyons que la demande et l'effectif se rapprocheront de 100 p. 100 en 1971 alors que tous les enfants désireux d'utiliser le régime seront en mesure de le faire.

Nous croyons que 1,000 auxiliaires pourraient être formés au cours des quatre premières années et 1,500 chaque année par la suite. Ces jeunes seraient soumis à un programme spécial de formation que nous avons exposé au chapitre 2. Nous avons prévu que les pertes d'auxiliaires passeraient de 2.5 p. 100 en 1969 à 5 p. 100 en 1971, ce taux se stabilisant ensuite à 10 p. 100.

Dans les premières années du régime, il sera impossible d'obtenir un rapport de quatre auxiliaires pour un dentiste, mais, à mesure que l'effectif d'auxiliaires s'accroîtra, on pourra atteindre et maintenir ce rapport. Nous avons donc prévu un rapport auxiliaires-dentistes inférieur pour la période allant de 1968 à 1971; nous estimons que cette situation est souhaitable étant donné que, au cours de ces années, il faudra une surveillance professionnelle plus étroite. Après 1971, l'effectif des auxiliaires s'accroîtra plus rapidement que ne l'exigera le régime, ce qui compensera les pertes plus considérables attribuables aux femmes qui se marieront ou se retireront. Compte tenu de ces éléments, nous croyons que le régime aura besoin de 1,500 auxiliaires chaque année au cours des années 70. Si le nombre des auxiliaires devient plus élevé que ne l'exige le régime, les auxiliaires en trop pourront aller travailler auprès des dentistes en exercice privé. En outre, à l'instar de tout nouveau régime, le régime devrait, à notre avis, être remanié périodiquement.

Enfin, quelle serait la répartition par province des 1,000 auxiliaires dentaires diplômés? Le tableau 13-25 donne une ventilation par province de la répartition des enfants des deux groupes d'âge suivants: de 5 à 9 ans et de 3 à 18 ans.

Si l'on admet que la répartition des auxiliaires devrait être comme nous l'avons indiqué ci-dessus pour que le régime des enfants commence à fonctionner en 1968, on peut se demander si chacune des provinces est

¹ Ibid., appendice III-5, p. III-7.

TABLEAU 13-25 RÉPARTITION PROJETÉE DES AUXILIAIRES DENTAIRES DIPLÔMÉS D'APRÈS LA RÉPARTITION PROCENTUELLE DES ENFANTS, CANADA ET DANS LES PROVINCES, 1961

Province	Pourcentage de 5 à 9 ans	Pourcentage de 3 à 18 ans	Répartition des auxiliaires dentaires diplômés chaque année
Terre-Neuve Île-du-Prince-Édouard Nouvelle-Écosse Nouveau-Brunswick Québec Ontario Manitoba Saskatchewan	.6 4.1 3.6 30.0 32.4	3.1 .6 4.2 3.7 30.8 31.9 4.9	31 6 41 36 300 324 49
Alberta Colombie-Britannique Yukon et T. NO. Canada	7.7	7.3 8.1 .2 100.0	77 83 2 1,000

Source: D'après le Bureau fédéral de la statistique, Recensement du Canada, 1961, vol. I, Partie 2, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1963, pp. 20-1 à 20-10.

en mesure de former le nombre d'auxiliaires requis. Pour répondre à la question, nous tenons pour acquis qu'une école d'art dentaire pourrait diriger la formation de 100 à 150 auxiliaires soit sur place, soit dans des écoles de formation technique. En appliquant cette mesure à toutes les provinces et en se rappelant que 1968 est l'objectif fixé pour le démarrage du régime, nous obtenons les résultats suivants:

Province	Nombre d'auxiliaires requis	Effectif possible*
Provinces atlantiques	138	150
Québec	300	300
Ontario	324	350
Provinces des Prairies	176	200
Colombie-Britannique	83	100
Yukon et T. NO	12	0
Total	1,033	1,100

^{*} Ce programme de formation aurait pour but de permettre à chaque région de former le nombre requis d'auxiliaires dentaires, compte tenu des pertes.

Besoins en soins dentaires et fluoruration

On a nettement démontré que l'eau fluorurée réduit sensiblement les caries dentaires. De nombreuses études scientifiques ont établi que la fluoruration contrôlée des réserves d'eau publique constitue l'élément le plus important¹ qui peut modifier le niveau et la nature des soins dentaires. Ce fait a été illustré de façon saisissante à Winnipeg, première de nos grandes villes à ajouter du fluorure de sodium à son eau. Cette mesure a été prise il y a cinq ans et l'on a noté depuis une sensible amélioration de la santé dentaire chez les enfants. En 1959, sept enfants sur 50 devaient se faire enlever prématurément des dents contre seulement un enfant sur 50 en 1963². Malgré ces découvertes scientifiques, seulement 20 p. 100 environ de la population canadienne vit dans des régions où l'eau est fluorurée³. Nous ne prétendons pas que la fluoruration soit une panacée à tous les troubles dentaires, mais, d'après les faits dont nous disposons, il semble que la fluoruration entraîne une diminution sensible de la carie, sans aucun effet nocif.

C'est la conclusion à laquelle est arrivé le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social après des recherches poussées relativement à l'effet de la fluoruration sur la santé dentaire:

Des recherches très poussées ont établi le fait que le réglage du contenu de l'eau en fluorure produisant une concentration d'une partie de fluorure par million de parties d'eau, entraîne une réduction moyenne de 60 p. 100 dans l'incidence de la carie dentaire pour les enfants qui consument de l'eau fluorurée depuis la naissance. On n'a remarqué aucun effet nocif. Cette amélioration de la santé dentaire des enfants, qui deviendront plus tard des adultes, assure une amélioration de la santé générale, étant donné que la santé dentaire fait partie intégrante de la santé totale.

Cela ne signifie pas que l'avènement de la fluoruration doive atténuer le besoin de services dentaires, mais qu'il pourrait modifier la nature des soins dentaires. Voici comment un chercheur s'exprime sur ce sujet:

...il semble probable que, à l'instar de nombreuses autres découvertes, la fluoruration pourra, tout en répondant à l'un de nos besoins, en créer de nouveaux au moins aussi importants. Lorsque la carie compromettra ou endommagera un moins grand nombre de dents, plus de jeunes

¹ Voir R. M. Grainger, G. Nikiforuk et K. J. Paynter, L'hygiène dentaire et le fluorure, mémoire présenté à la Commission d'enquête de l'Ontario sur la fluoruration, 1959, et renfermant une bibliographie étoffée, Toronto, 1960.

² Financial Post, Toronto, 24 août 1963.

⁸ «Au mois de novembre 1963, plus de 3,800,000 personnes, soit 20 p. 100 de la population dans 188 localités, consommaient une eau fluorurée mécaniquement. Outre ces 20 p. 100 de la population du Canada qui consomment une eau dont le contenu en fluorure est réglé à une partie par million, plusieurs milliers de personnes consomment depuis le début de leur vie, et même depuis des générations, une eau fluorurée par des dépôts souterrains de fluorure. On n'a noté aucun effet nocif.» (Déclaration de M. John Munro, Secrétaire parlementaire du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Débats de la Chambre des Communes, Ottawa, 23 mars 1964, p. 1333.)

Déclaration de M. John Munro, op. cit., p. 1,333.

atteignant la maturité auront des dents requérant des soins périodontiques ou d'autres soins d'entretien (cf. p. 4-6). Plus tard, lorsque la réadaptation deviendra nécessaire, il faudra plus souvent refaire toute la denture et la perte des dents pourra être retardée de plusieurs années et peut-être pendant toute la vie¹.

En résumé, notre analyse de l'effectif futur de dentistes a fait ressortir certains éléments importants. Nous estimons que, moyennant une croissance ordonnée de la capacité, l'effectif de dentistes atteindra un chiffre de 7,157 en 1971, de 10,294 en 1981 et de 14,420 en 1991. Un tel accroissement exigerait une expansion de nos écoles d'art dentaire de façon qu'elles puissent produire 3,750 diplômés d'ici 1991 plus quatre écoles d'art dentaire produisant 2,194 autres diplômés en 1991. Pour rendre possible une telle croissance de la capacité, il faudra 1,015 professeurs en 1986, soit 624 de plus que le chiffre de 1961.

Très peu de dentistes immigrés sont homologués au Canada. Seulement 45 figurent au registre de l'Association dentaire canadienne. Si les règlements étaient moins rigides, nous croyons qu'un plus grand nombre de dentistes d'outre-mer tenteraient d'immigrer au Canada.

A notre avis, les enfants devraient être les premiers à bénéficier de toute nouvelle expansion des services dentaires. En raison de la pénurie actuelle de dentistes, il faut établir un programme de formation d'auxiliaires dentaires qui fourniront une bonne partie des soins dentaires. La responsabilité définitive de ces soins incomberait au dentiste. Nous estimons qu'on pourrait former 1,000 auxilaires au cours des quatre premières années du programme et 1,500 chaque année par la suite.

L'EFFECTIF FUTUR D'INFIRMIÈRES

Comme nous l'avons mentionné au chapitre 7, il est très difficile d'évaluer l'effectif d'infirmières à un moment donné et d'en prévoir les variations possibles au cours d'une période de temps. D'après les données disponibles, il semble que le nombre d'infirmières licenciées ait considérablement augmenté, de même que le nombre des infirmières licenciées actives; toutefois, ces données ne sont pas assez complètes pour établir une projection sûre. Sans données plus complètes sur le taux des pertes attribuables à divers éléments (comme le mariage, l'émigration, la retraite et le décès) et sur le nombre d'infirmières mariées qui retournent au travail après avoir élevé leurs enfants, toute projection ne saurait être qu'un indicateur, mais utile, de l'évolution future de l'effectif.

Avant de présenter notre projection, il est nécessaire d'examiner comment se fait le recrutement des infirmières et quelles seront les transformations qui s'opéreront dans leur formation et comment elles influeront sur la qualité des soins infirmiers car ces facteurs influeront sur la quantité et la

¹ Walter J. Pelton et Ruth D. Bothwell, The Need and Demand for Dental Care, Étude de l'Université de Michigan, op. cit., p. 13, citée par B. McFarlane, op. cit., chapitre 4.

qualité des capacités infirmières qui seront disponibles pour répondre aux besoins des Canadiens.

Le recrutement des infirmières

Quelles sont les jeunes filles qui choisissent la profession infirmière? Comment en arrivent-elles à cette décision? Quelle influence les écoles d'infirmières ont-elles sur le nombre et le genre de jeunes filles qui optent pour cette profession? Si nous pouvons répondre à ces questions, nous posséderons certains renseignements sur la façon dont on peut accroître l'effectif d'infirmières.

D'après les conclusions d'une étude réalisée pour la Commission, voici comment l'on décrit les jeunes filles les plus portées à choisir la profession infirmière:

Plus précisément la jeune fille la plus apte à opter pour la profession infirmière vient d'une famille de la classe moyenne, habitant dans une ville à population moyenne; elle a obtenu des notes moyennes à l'école secondaire et elle désire un emploi convenant à ses aptitudes et offrant une certaine sécurité...; elle se considère un peu plus douée que la plupart des autres jeunes filles et elle a reçu l'encouragement de ses parents quant au choix de cette profession. Deux caractéristiques la distinguent de la majorité des autres jeunes filles: 1° elle accorde beaucoup plus d'importance que la plupart des autres jeunes filles au fait d'occuper un emploi qui importe à la société et rend service aux gens dans le besoin, et 2° elle considère qu'elle possède les aptitudes nécessaires pour ne pas perdre facilement son sang-froid¹.

La plupart des jeunes filles qui deviennent un jour infirmières prennent habituellement leur décision avant l'âge de treize ans. L'intérêt qu'elles portent à ce genre de profession est souvent moussé par des infirmières de leur parenté et leur décision subséquente de devenir infirmières reçoit l'approbation empressée de leurs parents².

Les programmes de recrutement que les écoles d'infirmières mettent sur pied semblent avoir relativement peu d'influence sur le nombre des jeunes filles qui demandent à y être admises. Apparemment, la plupart des grandes écoles ne prennent pas de mesures positives pour accroître le nombre de leurs candidates, car les demandes qu'elles reçoivent suffisent à remplir leurs cadres. Il semble que les campagnes de recrutement des petites écoles d'infirmières donnent des résultats restreints. Les deux tiers des jeunes filles atteintes par ces campagnes décident de ne pas devenir infirmières par ces campagnes, il semble qu'un nombre important de jeunes filles, malgré des aptitudes réelles, ne choisissent pas cette carrière.

¹ R. Robson, Les facteurs d'ordre sociologique qui influent sur le recrutement des effectifs infirmiers, étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964, chapitre IX.

² Ibid. ⁸ Ibid.

En général, les jeunes filles adoptent au début une attitude plutôt favorable à l'égard de la profession infirmière: 9 p. 100 d'entre elles avaient choisi cette profession et leur décision était bien arrêtée; 12 p. 100 avaient aussi fait porter leur premier choix sur la profession infirmière, mais elles songeaient également à embrasser d'autres professions; 11 p. 100 ont indiqué une autre profession comme leur premier choix, tout en mentionnant qu'elles considéraient la profession infirmière comme une option possible; 25 p. 100 ne songeaient pas du tout à la profession infirmière tout en déclarant qu'elles aimeraient devenir infirmières. Ainsi, environ 57 p. 100 de toutes les jeunes filles de notre échantillon avaient une attitude favorable à l'égard de la profession, tandis que 43 p. 100 n'avaient jamais songé à devenir infirmières et n'avaient pas de goût pour cette profession. Comme notre échantillon ne comprenait pas de jeunes filles ayant déjà quitté l'école après leur immatriculation, la proportion de 57 p. 100 qui manifestaient une attitude favorable est quelque peu plus élevée qu'elle ne l'aurait été si notre échantillon avait été entièrement représentatif, mais, malgré cela, nous croyons que la proportion véritable serait d'environ 50 p. 100 ou peut-être un peu moindre. Cette proportion est tout de même beaucoup plus élevée que le pourcentage des jeunes filles qui embrassent vraiment la profession infirmière¹.

Comment se fait-il que ce groupe d'infirmières en puissance décident de ne pas embrasser la profession? Certes, un certain nombre estiment que la période de formation requise est trop longue et trop ardue, tandis que d'autres pensent aux fonctions désagréables que comporte le soin des malades ainsi qu'aux heures irrégulières et à la discipline exigée d'une infirmière; tous ces facteurs négatifs l'emportent finalement sur les aspects plus attrayants, de la profession.

Nos études démontrent qu'un nombre considérable de jeunes filles possédant les aptitudes propres à une infirmières (c'est-à-dire des aptitudes semblables à celles qu'on retrouve chez les jeunes filles qui choisissent cette profession) embrassent néanmoins une autre profession. Voici le genre de professions que choisissent ces jeunes filles²:

	Proportion pour chaque profession
Thérapeutes	6
Laborantines et techniciennes de radio-	
logie	7
Garde-malades	8
Service social	9
Missionnaires	2
Institutrices	30
Secrétariat	10
Hôtesses de l'air	3
Vendeuses	1
Dactylographes et écritures	4
Autres professions	20
•	100

¹ Ibid.

² Ibid.

Le point important de cette totalisation, c'est que 21 p. 100 de ces jeunes filles choisissent des professions se rattachant aux services de santé. Évidemment, ces dernières professions et d'autres semblables entreront en concurrence avec la profession infirmière en ce qui a trait au recrutement.

Enseignement et qualité des soins infirmiers

Il existe vraiment un rapport entre l'enseignement infirmier et la qualité des soins infirmiers. Les infirmières sont les premières à le reconnaître. Au cours des dernières années, l'Association des infirmières canadiennes a formulé certaines critiques à l'égard de l'enseignement infirmier en vue d'assurer le maintien de la qualité traditionnelle qui a caractérisé la profession infirmière au Canada. Par suite de ces critiques, les associations d'infirmières professionnelles se sont préoccupées davantage de l'organisation actuelle de l'enseignement infirmier.

De nos jours, on demande continuellement aux hôpitaux de fournir des services à une population qui devient de plus en plus au courant des avantages sanitaires des soins hospitaliers. Cette situation tend à rendre les services des élèves-infirmières essentiels à la bonne marche des hôpitaux. Dans les écoles d'infirmières hospitalières, l'enseignement a perdu de son importance et les programmes de formation s'en sont ressentis. En outre, comme on a dû inclure dans les programmes d'études les progrès rapides que connaît la technique médicale et comme l'élève-infirmière doit fournir des services à l'hôpital en retour de l'enseignement qu'elle reçoit de l'école d'infirmières, la période requise d'une infirmière pour terminer sa formation a progressivement atteint trois ans.

On critique ce système d'enseignement depuis longtemps. Nous avons déjà parlé des recommandations que M. Weir a faites à la suite de l'étude de la profession infirmière qu'il a réalisée en 1932¹; si l'on avait donné suite à ces recommandations, l'enseignement infirmier aurait été placé sous le contrôle des autorités scolaires. Cette solution est réalisable, mais, au cours des trente dernières années, les hôpitaux ont eu tendance à renforcer leur contrôle sur l'enseignement infirmier, sur le plan tant financier qu'administratif. Et le débat se poursuit. Les associations nationales et provinciales insistent toujours pour qu'on améliore la formation scolaire des infirmières.

La préparation de l'infirmière devrait consister en une formation scolaire qui ne saurait être mieux assurée que par une école qui organise et contrôle toute la formation des élèves².

Aujourd'hui la plupart des écoles hospitalières demeurent sous le contrôle administratif de l'hôpital. La principale faiblesse de ce régime vient de ce que le programme d'études met l'accent sur le service que fournit l'élève plutôt que sur la formation qu'elle devrait recevoir. Le décalage entre

¹ Voir chapitre 7. ² Association des infirmières canadiennes, *Policies regarding Nursing Service and Nursing Education*, Ottawa, texte revisé en 1958.

les cours théoriques et les travaux cliniques n'est guère propice à une bonne formation de l'infirmière. La situation n'en est qu'aggravée lorsque certaines élèves font des travaux cliniques avant de suivre les cours théoriques. De plus, près de 60 p. 100 des cours théoriques font partie du programme de première année¹.

Dans beaucoup d'écoles, les élèves sont insuffisamment surveillées pendant leurs travaux cliniques. Bien que cette lacune incite l'élève à apprendre rapidement, elle ne contribue pas à la bonne qualité des normes de soins donnés aux malades. Les malades comme les élèves en sont les victimes.

L'insuffisance des titres scolaires de la majorité du personnel enseignant des écoles hospitalières constitue un obstacle supplémentaire à un bon programme d'enseignement. Nous avons signalé au chapitre 7 que plus de 70 p. 100 des monitrices des écoles hospitalières ne sont pas titulaires du baccalauréat ès sciences ou d'un diplôme supérieur en sciences infirmières, ni de titres qui devraient constituer le minimum acceptable pour de tels postes. Dans les écoles universitaires elles-mêmes, 58 p. 100 des monitrices à temps complet n'ont même pas leur baccalauréat. Dans les écoles d'hôpitaux, cette situation s'aggrave du fait que le mouvement du personnel enseignant y est important. Seulement 21 p. 100 de ces enseignantes occupent leur poste actuel depuis plus de trois ans².

L'insuffisance des titres scolaires et l'important mouvement du personnel enseignant des écoles hospitalières sont dus, tout au moins en partie, au niveau des salaires, qui sont considérablement inférieurs à ceux que touchent les autres enseignants au niveau post-secondaire³.

La différence de salaire n'incite guère les infirmières à se préparer à des postes d'enseignement. Il leur faudrait plus de dix ans pour gagner suffisamment d'argent pour suivre les cours universitaires, sans parler de la perte de salaire. Leurs salaires sont trop bas pour permettre de faire assez d'économies pour payer ces cours, et les subventions gouvernementales ou autres sont très limitées. L'A.I.C. a reçu 64 demandes à l'égard d'une seule bourse d'études de \$1,200 de la part de candidates à l'enseignement pour la prochaine année universitaire, et ces candidates semblaient avoir grand besoin d'aide.

Ces faiblesses des programmes d'enseignement des écoles d'infirmières hospitalières peuvent avoir un effet néfaste sur la qualité du service infirmier. Ce fait a été prouvé par nos études⁵ qui montrent que la complexité des soins fournis de nos jours aux malades exigent des infirmières hautement qualifiées.

¹ H. K. Mussallem, La formation infirmière au Canada, étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964, chapitre VII.

³ Ibid. ⁸ Ibid.

Ibid.

⁵ M. Uprichard, L'utilisation des infirmières au Canada, étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964.

Un certain nombre d'études déjà terminées ou actuellement en cours témoignent que les autorités du domaine infirmier se préoccupent du rôle de l'infirmière et de sa formation.

En 1948, l'Association des infirmières canadiennes, avec l'aide financière de la Croix-Rouge canadienne, a entrepris une expérience en matière de formation infirmière à l'École métropolitaine d'infirmières de Windsor (Ontario). Ce programme expérimental connu sous le nom d'École de démonstration avait pour objectifs:

- a) de faire des écoles d'infirmières des établissements d'enseignement autonomes;
- b) de démontrer, si possible, qu'on peut former une infirmière clinique qualifiée en moins de trois ans, lorsqu'on laisse à l'école le soin de diriger l'emploi du temps des élèves. On espère qu'une période de deux ans (ou un peu plus) pourra suffire¹.

Le D^r A. R. Lord, dans son évaluation de l'École métropolitaine de démonstration de la formation infirmière, est parvenu aux conclusions suivantes:

La diplômée moyenne de l'École de démonstration comparée à la diplômée moyenne du cours de trois ans de l'école «témoin» semble être:

- a) au moins aussi bien préparée pour les soins généraux de chevet;
- b) mieux préparée pour les soins aux tuberculeux;
- c) mieux préparée pour les soins psychiatriques et pour appliquer les principes d'hygiène mentale auprès de tous les malades.

Le Dr Lord a en outre déclaré ceci:

La conclusion est inéluctable. Lorsque l'école a l'entier contrôle des élèves, on peut donner aux infirmières une formation au moins aussi satisfaisante en deux ans qu'en trois, et dans de meilleures conditions, mais il faut payer cette formation en argent et non en services. Peu d'élèves peuvent payer des droits scolaires importants et l'hôpital ne peut non plus les facturer à titre de frais supplémentaires au «malade payant». La seule solution possible est d'avoir quelque autre source de revenus.

Huit années se sont écoulées avant qu'on essaie d'appliquer la théorie pédagogique dont s'est servie l'École de démonstration. En 1960, l'École d'infirmières Nightingale de Toronto a entrepris un programme de deux ans réglé sur les principes tirés de l'expérience de l'École métropolitaine d'infirmières.

Une autre expérience est en cours à l'École d'infirmières de l'Hôpital des Sœurs Grises de Regina (Saskatchewan). A l'aide d'une subvention du gouvernement provincial, on a établi un programme expérimental de deux

¹ Rapport du Comité de la Croix-Rouge canadienne, 4 novembre 1946, cité par A. R. Lord, dans son *Rapport sur l'évaluation de l'École métropolitaine d'infirmières*, Windsor (Ontario), publié par l'Association des infirmières canadiennes, 1952, p. 7.

² A. R. Lord, *op. cit.*, pp. 53-54.

ans qui a débuté à l'automne de 1962. Vingt élèves de la classe normale des élèves admises à suivre le programme traditionnel de trois ans ont été orientées vers le programme accéléré de deux ans et vingt autres ont été choisies parmi le reste de la classe pour servir de groupe témoin. Toutes les élèves du groupe expérimental et du groupe témoin ont été choisies en fonction de tests psychologiques. Les résultats du programme seront évalués en 1965¹.

L'Association des infirmières licenciées de l'Ontario a récemment approuvé l'établissement d'un programme conduisant au diplôme d'infirmière à l'Institut polytechnique Ryerson de Toronto. Avant d'établir le programme, on a examiné les possibilités dont dispose l'Institut. Le programme est conçu pour des diplômées d'école secondaire et s'étend sur trois années scolaires. Lorsqu'il sera établi, il sera le premier programme de formation d'infirmières diplômées réalisé au sein du système scolaire général d'une province. Les diplômées seront admissibles à se présenter à l'homologation dans l'Ontario.

Nos études indiquent que nous avons besoin de deux catégories d'infirmières licenciées, d'une part des diplômées d'école d'infirmières universitaire et de l'autre des diplômées d'école d'infirmières hospitalière ou d'un autre genre d'école d'infirmières pour diplômées de l'enseignement secondaire (infirmières diplômées); ces dernières suivraient un enseignement conforme aux principes des études actuelles mais la direction du programme d'enseignement, la durée des études et le contenu du programme seraient modifiés².

Comme nous l'avons indiqué au chapitre 7, les écoles d'infirmières universitaires offrent trois programmes différents:

- 1. Un cours du certificat aux diplômées des écoles d'infirmières hospitalières:
 - a) en enseignement infirmier,
 - b) en service infirmier,
 - c) en hygiène publique,
 - d) dans une spécialité clinique;
- 2. Un cours du baccalauréat,
 - a) post-général,
 - b) général;
- 3. Un cours d'études supérieures.

² H. K. Mussallem, op. cit., chapitre VII.

Les responsabilités de la diplômée d'université exigeraient au minimum le programme d'enseignement correspondant au cours du baccalauréat offert par une école d'infirmières universitaire dont la durée est actuellement de quatre années. Sept écoles d'infirmières universitaires offrent ce cours sous forme de programme intégré. Dans ces écoles le corps enseignant établit

¹ «L'Hôpital des Sœurs Grises de Regina choisit une seconde classe de 2 ans», dans Administration hospitalière au Canada, janvier 1964, p. 13.

tout le cours et en assume entièrement la responsabilité. La théorie, l'expérience clinique et la pratique dirigée sont organisées en collaboration avec des hôpitaux et d'autres organismes sanitaires de la collectivité¹.

Un certain nombre d'infirmières font maintenant leurs études dans une école d'infirmières hospitalières et décident ensuite d'ajouter à leur formation en suivant le cours du baccalauréat.

Un grave problème ressort de l'examen des accords d'affiliation entre les écoles d'infirmières universitaires et les écoles d'infirmières hospitalières. Dans huit des universités canadiennes qui décernent le baccalauréat en sciences infirmières, seules la première et la dernière année préparant au baccalauréat sont organisées et contrôlées par l'université. En d'autres termes, les universités décernent un baccalauréat aux élèves sans tenir compte du fait qu'elles peuvent ne pas atteindre les normes auxquelles les élèves doivent satisfaire en ce qui concerne une importante partie du cours du baccalauréat.

On se demande s'il est bon d'ajouter à l'initiation technique principale des matières scolaires classiques, comme on se demande si la reconnaissance des cours suivis dans un établissement axé sur le service et sur lequel l'université n'a aucun contrôle est valable. Il est vrai que certaines élèves ont montré que ce genre de programme leur a donné une large connaissance des sciences infirmières et du monde qui les entoure. Mais le problème fondamental demeure. Est-ce un bon principe en matière d'enseignement professionnel et devrait-on le conserver?

Les grades supérieurs en sciences infirmières ne sont actuellement décernés que par deux universités canadiennes, l'Université McGill et l'Université Western Ontario. A partir de septembre 1964, l'Université de Montréal offrira un programme aux diplômées. La lenteur de la croissance des programmes d'études supérieures est due en partie au manque d'infirmières formées à l'enseignement et titulaires d'un grade supérieur, qui puissent assurer l'enseignement et la recherche, et en partie au manque de programmes d'études préparatoires au baccalauréat qui puissent fournir des élèves aux programmes post-universitaires. Le besoin de programmes d'études supérieures apparaît clairement lorsqu'on voit combien peu élevé est le niveau d'instruction des professeurs d'écoles d'infirmières universitaires ou hospitalières mentionnées au chapitre 7. En outre, par suite de l'augmentation des responsabilités administratives d'un certain nombre de diplomées d'université, de l'importance de plus en plus grande d'un certain nombre de spécialités infirmières cliniques, du besoin croissant de recherches dans le domaine infirmier et de la montée de l'infirmière au rang de consultantes dans le domaine de plus en plus complexe des soins, il semble évident qu'on ait besoin d'un grand nombre d'infirmières pourvues de grades supérieurs.

L'infirmière diplômée pourrait suivre un cours d'études semblable à celui que suivent maintenant les élèves-infirmières dans les écoles d'infirmières hospitalières, mais qui ne présenterait pas les faiblesses indiquées

¹ H. K. Mussallem, op. cit., chapitre IV.

² Ibid.

ci-dessus du point de vue de la qualité des soins. La formation de l'infirmière diplômée serait confiée à la Directrice de l'enseignement infirmier qui serait directement responsable envers le conseil d'administration de l'hôpital ou ses représentants. L'élève-infirmière n'aurait pas à assurer de service infirmier, bien qu'au cours de sa formation clinique auprès des malades et dans les services de l'hôpital son travail clinique aurait le résultat second de l'amener à assurer une certaine aide au service. Il est évident que, si l'élève-infirmière ne doit pas faire de service en compensation de la formation qu'elle reçoit, il faudrait que l'hôpital soit dédommagé de l'utilisation des ses installations et que le coût du programme d'études soit couvert, au moins en partie, par les frais de scolarité. La durée des études devrait cependant être raccourcie de trois à deux ans parce que l'élément «service» serait en grande partie éliminé du programme.

Il y a deux autres catégories de personnel infirmier que nous avons mentionnées: l'infirmière psychiatrique et l'aide-infirmière. Comme il est dit au chapitre 7, les programmes d'études d'infirmières psychiatriques des quatre provinces de l'Ouest ont été établis pour satisfaire à la demande de personnel qualifié pour les soins aux malades mentaux. Mais, comme nous l'avons indiqué au chapitre 8, les nouveaux régimes de soins pour les divers genres de malades psychiatriques feront que le grand hôpital pour maladies mentales, dans lequel travaille l'infirmière psychiatrique, aura bien moins d'importance dans l'avenir qu'il n'en a eu dans le passé.

Comme nous le montrerons au chapitre 14, l'organisation future des soins au malade psychiatrique pourrait suivre un régime où la majorité des malades seraient traités dans des quartiers psychiatriques d'hôpitaux généraux, un reliquat de psychosés chroniques continuant à être soignés dans de petits hôpitaux régionaux ou d'autres installations de longue hospitalisation. Si un programme tel que celui qui est recommandé au chapitre 2¹ est mis en œuvre, il n'y aura plus, après un certain temps, besoin d'infirmières psychiatriques dans les provinces de l'Ouest. Comme la majorité des hospitalisés seraient soignés dans des quartiers psychiatriques d'hôpitaux généraux, ils seraient soignés par le personnel infirmier de l'hôpital. Les infirmières psychiatriques actuelles pourraient être absorbées petit à petit dans les rangs des infirmières diplômées à la suite d'une courte formation et d'un examen réglementaire. L'actuel programme de formation des infirmières psychiatriques fournit la base d'une formation supplémentaire.

Une grande partie du travail de l'équipe infirmière est aujourd'hui accompli par l'aide-infirmière qui, dans la plupart des cas, reçoit une formation scolaire restreinte dont la durée varie de 10 à 18 mois selon l'école. Nous prévoyons la continuation de cette catégorie de service infirmier. Nous pensons qu'étant donné la réduction à deux ans de la durée de formation de l'infirmière diplômée, il faut réduire la durée de la formation scolaire de l'aide-infirmière. Nous prévoyons qu'en définitive beaucoup d'entre elles seront peut-être formées au travail.

¹ Voir chapitre 2, recommandations 13 et 20.

Notre principal objectif, en ce qui concerne cette réorganisation du personnel infirmier, est de renforcer le rôle de l'infirmière diplômée qui désire remplir le rôle qu'elle a toujours tenu, c'est-à-dire de se consacrer principalement au soin même des malades. C'est de cette façon seulement que nous prévoyons une amélioration de la qualité des soins aux malades. Nous pensons que, du fait qu'une grande partie des jeunes filles qui s'inscrivent maintenant aux cours d'aides-infirmières ont un niveau d'instruction supérieur au minimum, beaucoup d'entre elles préféreraient pouvoir faire une carrière d'infirmière diplômée, surtout si le cours est réduit à deux ans.

Évolution de l'enseignement infirmier et effectif futur des infirmières

On peut se poser la question suivante: y aurait-il un nombre suffisant d'infirmières disponibles si les transformations dont nous venons de parler étaient apportées à l'enseignement infirmier? Au début, la réduction quantitative des services rendus par les élèves-infirmières nécessiterait une augmentation des effectifs d'infirmières licenciées et d'aides-infirmières. Étant donné la pénurie dont souffrent certains secteurs, il serait difficile d'augmenter ces effectifs. Toutes les transformations impliquent cependant des difficultés au cours de la période de transition, et à longue échéance l'effectif des infirmières diplômées se trouverait augmenté puisque ces infirmières feraient leurs études en deux ans au lieu de les faire en trois, et on pourrait former un tiers supplémentaire d'infirmières avec les mêmes installations. Pendant quelque temps encore, une pénurie aiguë de professeurs et de monitrices, tant au niveau universitaire qu'au niveau de l'école hospitalière, restreindra l'adoption de nouveaux programmes d'enseignement.

On ne peut trop insister sur le fait qu'il faut que les gouvernements, les hôpitaux, les professions de la santé et le public fassent un très grand effort si l'on veut que la formation des infirmières soit intégrée à l'enseignement supérieur en général et que la qualité de cette formation s'améliore. Nos études indiquent que les diplômées des écoles d'infirmières universitaires devraient représenter le quart du total de l'effectif infirmier occupé¹. Aujourd'hui le rapport est bien inférieur à cela et on a fait peu de progrès dans cette voie. Par exemple, en 1961, 1,547 infirmières auraient dû sortir des universités pour que le rapport atteigne cette proportion. En fait, 184 infirmières seulement en sont sorties cette année là. L'importance du problème est évidente. Sa solution viendra avec le temps et si l'on veut vraiment agir. Afin d'encourager les jeunes femmes à devenir professeurs, monitrices et administratrices, il faut une aide financière et d'autres stimulants (revenus correspondant aux responsabilités assumées, etc.).

Comme nous l'avons précédemment indiqué dans le présent chapitre, le revenu qu'on peut en attendre est un facteur qui a d'importantes répercussions sur le recrutement dans n'importe quelle profession. Le tableau 13-26 montre qu'en 1962 le salaire annuel médian de l'infirmière d'hôpital est trop

¹ Comité d'enquête sur les besoins hospitaliers, Education and the Provision of Personnel, Toronto, Le Comité, 1963.

bas lorsqu'on le compare au salaire de dix autres professions techniques hospitalières où la proportion des femmes est importante. En fait, seules deux autres professions, celles de laborantine subalterne et de technicienne subalterne de radiologie, ont un salaire annuel médian inférieur à celui des infirmières. En outre, le taux d'augmentation des salaires des infirmières, lorsqu'on le calcule sur la base du salaire annuel médian, donne un pourcentage d'augmentation inférieur à celui de cinq autres professions. Il ne peut guère y avoir de doute que des revenus relativement bas placent la profession d'infirmière dans une situation défavorable sur le plan de la concurrence pour le recrutement de candidates. Cela montre qu'il est nécessaire d'offrir aux infirmières des salaires en rapport avec les responsabilités qu'elles assument¹. On ne devrait pas non plus oublier que l'infirmière mariée et inactive reprendrait du service si l'emploi devenait suffisamment intéressant.

Combien d'infirmières?

D'après les documents qui nous ont été communiqués, il y a actuellement pénurie d'infirmières dans certaines collectivités. Par exemple une enquête faite en vue de déterminer si le nombre des infirmières exerçantes dans la région métropolitaine de Toronto était suffisant a indiqué qu'« il manquait 680 infirmières diplômées dans les hôpitaux de courte hospitalisation». Cela représentait 19 p. 100 du total des infirmières employées, soit 3,595². En outre, au fur et à mesure qu'augmente la population du Canada, l'effectif existant doit subvenir à cette augmentation des besoins.

Notre analyse du système d'enseignement infirmier actuel, de ses rapports avec la qualité des soins infirmiers et des futures modifications qui peuvent être apportées à la formation des infirmières, compte tenu des limitations des données chronologiques et du temps nécessaire pour donner suite aux recommandations de la Commission, rend hasardeuse toute projection de l'effectif des infirmières dans l'avenir. Nous avons néanmoins essayé d'estimer le nombre des infirmières dont on pourrait avoir besoin dans les divers genres de service dans un avenir prochain en tenant compte au moins de deux changements possibles: la réorganisation des services d'hygiène mentale et la baisse du nombre des malades hospitalisés dans les sanatoriums pour tuberculeux³. Nous ne disposons actuellement d'aucun renseignement nous permettant d'évaluer l'effet d'autres modifications apportées aux soins de santé (exercice groupé, régimes de soins à domicile, etc.).

¹ Voir chapitre 2, recommandation 128.

² Comité d'enquête sur les besoins hospitaliers, Education and the Provision of Personnel, Toronto, Le Comité, 1963, 16° partie, p. 14. Des pénuries sont éga!ement signalées dans les documents suivants: Manitoba Hospital Survey Board Report, Hospital Personnel, Winnipeg, 1963, p. 49. L'École d'infirmière de l'Université du Manitoba, mémoire présenté à la Commission des Hôpitaux du Manitoba, Winnipeg, 1962. L'Association des infirmières licenciées de Nouvelle-Écosse, mémoire présenté à la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Halifax, 1961. L'Association des infirmières licenciées de Colombie-Britannique, mémoire présenté à la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Vancouver, avril 1962.

³ Ces modifications sont étudiées aux chapitres 7 et 14.

TABLEAU 13-26 SALAIRES ANNUELS MÉDIANS DE CERTAINES CATÉGORIES DE PERSONNEL HOSPITALIER ET DU PERSONNEL DES PROFESSIONS AUXILIAIRES DE LA SANTÉ, DANS TOUS LES HÔPITAUX, ET SALAIRES HEBDOMADAIRES MOYENS, CANADA, CERTAINES ANNÉES, 1956-1962

Profession		Salaii	Salaire annuel médian	nédian		Indice	Indice - 1956 = 100 (sauf indication contraire)	00 (sauf inc	dication co	traire)
	1956	1958	1960	1961	1962	1956	1958	1960	1961	1962
Infirmière	2,640	3,120	3,360	3,480	3,650	100.0	118.2	127.3	131.8	138.3
Diététicienne	2,820	3,420	1	4,140	4,250	100.0	121.3	1	146.8	150.7
Diététicienne (chef)	3,480	4,560	1	5,280	5,900	100.0	131.0		151.7	169.5
Laborantine (subalterne)	2,400	2,820	3,660	3,240	3,550	100.0	117.5	152.5	135.0	147.9
aborantine	3,000	3,420	3,720	3,960	4,100	100.0	114.0	124.0	132.0	136.7
Technicienne de radiologie (subalterne)	2,280	2,760	3,120	3,180	3,350	100.0	121.1	136.8	139.5	146.9
Technicienne de radiologie	3,000	3,300	3,600	3,840	3,950	100.0	110.0	120.0	128.0	131.7
Physiothérapeute (subalterne)	1	3,000	3,360	3,600	3,900	1	100.0	112.0	120.0	130.0
Physiothérapeute (surveillante)	ı	4,140	4,290	4,620	5,000		100.0	103.6	111.6	120.8
Ergothérapeute (subalterne)	2,460	3,000	3,360	3,780	3,950	100.0	122.0	136.6	153.7	160.6
Ergothérapeute (surveillante)	1	3,960	4,380	4,620	4,550	1	100.0	110.6	116.7	114.9
Salaires moyens au 1er juillet	64.56	70.70	75.74	78.55	88.88	100.0	109.5	117.3	121.7	125.3

SOURCE: Renscignements fournis par le Burcau fédéral de la statistique, Section de l'emploi et de la paye, et par le Bureau d'étude des traitements, Commission du Service civil, fondés sur des enquêtes périodiques auprès de certains hôpitaux de 200 lits et plus.

Nos projections dans ce domaine se sont limitées à l'année 1971 et ne font aucune distinction entre la simple infirmière diplômée et l'infirmière pour-

vue d'un grade universitaire.

En tant qu'indicateur des besoins en infirmières dans divers genres de services d'établissements tels que les hôpitaux publics généraux et les hôpitaux spéciaux divers, les hôpitaux psychiatriques, les hôpitaux pour tuberculeux et autres, le rapport entre le nombre d'habitants et le nombre d'infirmières est par trop simplifié. Au lieu de cela, nous avons évalué quel était le rapport entre le nombre des jours de soins infirmiers et celui des jours d'hospitalisation en 1961 dans les établissements suivants: hôpitaux publics généraux et hôpitaux spéciaux divers, hôpitaux psychiatriques, hôpitaux pour tuberculeux et autres hôpitaux (privés et fédéraux)¹.

Nous avons alors établi deux projections des soins infirmiers, l'une en supposant que la tendance actuelle du traitement des malades mentaux ne se modifierait pas et l'autre en supposant un transfert plus rapide des malades dans des hôpitaux de traitement actif. Le tableau 13-27 indique les besoins estimatifs en infirmières dans notre première hypothèse. En multipliant le nombre des jours de soins hospitaliers projetés² comme il est indiqué au tableau 14-2 et en posant en hypothèse que le volume des soins infirmiers fournis se maintiendra au niveau de 1961, on estime que le nombre des infirmières des hôpitaux publics généraux et des hôpitaux spéciaux divers pourrait augmenter de 36,583 en 1961 à 48,081 en 1971. Le nombre des infirmières des établissements psychiatriques augmenterait de 4,200 à environ 5,000 alors que celui des infirmières de sanatoriums pour tuberculeux baisserait de 1,157 à 545. La projection du nombre des infirmières des autres hôpitaux indique également une légère diminution de 3,100 à 2,984.

Le nombre des infirmières nécessaires dans des domaines comme l'hygiène publique, l'exercice à titre privé, les cabinets de médecins, l'administration infirmière et l'hygiène professionnelle a été projeté à partir de données chronologiques limitées et ne peut être retenu qu'à titre d'approximation. Le nombre total des infirmières dans ce domaine doit, d'après la projection, augmenter de 15,754 en 1961 à 22,252 en 1971.

Entre 1961 et 1971, la projection indique que le nombre total d'infirmières devrait passer de 60,854 à 78,868. Cela équivaut à une augmentation nette d'environ 18,000 infirmières, soit une augmentation annuelle

d'environ 1,800 en 1966 et de 1,940 en 1971.

Si les modifications à apporter au régime de services d'hygiène mentale, dont nous avons dit quelques mots dans ce chapitre et qui sont

³Les jours d'hospitalisation sont ceux des adultes et des enfants seulement. Si l'on ajoutait la projection des jours de soins aux nouveau-nés, cela ne modifierait pas beaucoup

le total projeté.

¹L'estimation se fonde sur l'hypothèse que deux infirmières à temps partiel équivalent à une infirmière à temps complet et que chaque infirmière travaille l'équivalent de 235 jours par an. En multipliant l'équivalent d'infirmières à plein temps par le nombre de jours de travail par infirmière et en divisant le produit par le nombre de jours d'hospitalisation, on obtient le rapport entre le nombre de jours de soins infirmiers et le nombre de jours d'hospitalisation.

TABLEAU 13-27 NOMBRE ESTIMATIF D'INFIRMIÈRES DIPLÔMÉES NÉCESSAIRES PAR GENRE DE SERVICE EN FONCTION DU RÉGIME ACTUEL DES HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES, CANADA, CERTAINES ANNÉES, 1961-1971

Nombre d'infir- nières	nécessaires en fonction de l'aug- mentation des malades		1	1,473	1,815	1,940
Autres genres de service†	Nombre d'infir- mières dans tous les genres de service		60,854	63,835	69,174	78,868
Autres de se	Nombre d'infir- mières		15,754	16,914	18,854	22,252
Autres hôpitaux*	Nombre d'infir- mières ^a		3,100	3,010	2,975	2,984
Autres h	Nombre de jours d'hospita- lisation‡	(millions)	5.12	4.94	4.87	4.86
Hôpitaux pour tuberculeux	Nombre d'infir- mières		1,157	993	180	545
Hôpita tuber	Nombre de jours d'hospita- lisation	(millions)	2.32	2.18	1.83	1.24
Institutions pour maladies mentales	Nombre d'infir- mières ^b		4,200°	4,331	4,583	5,005
Institutio	Nombre de jours d'hospita- lisation	(millions)	24.7	25.7	27.2	29.7
ıx publics et hôpitaux ıx divers	Nombre d'infir- mières		36,583	38,587	41,983	48,081
Hôpitaux p généraux et l spéciaux d	Nombre de jours d'hospita- lisation	(millions)	30.60	32.26	35.12	40.21
	Année		1961	1963	1966	1971

* Comprend les hôpitaux privés et fédéraux.

l Comprend l'hygiène publique, l'exercice à titre privé, les cabinets médicaux, les associations et l'hygiène professionnelle. Ne comprend pas les nouveau-nés.

Deux infirmières à temps partiel équivalant à une infirmière à temps plein.

^b Comprend les infirmières psychiatriques.

^o Estimation.

ment qui représentent simplement le nombre de personnes ayant indiqué qu'elles sont des infirmières diplômées actives et à la substitution de l'équivalent d La différence entre ce total de 60,854 et le chiffre de 61,699 du recensement de 1961 est due à la surestimation possible des données du recensed'infirmières à temps plein aux infirmières à temps partiel dans le calcul.

Source: Tableau 14-2. Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Division de la recherche et de la statistique, et Bureau fédéral de la statistique, Statistique de la tuberculose, 1961, Ottawa, Imprimeur de a Reine, 1963, exposées plus en détail aux chapitres 8 et 14, sont mises en œuvre, il faudra augmenter le volume des services infirmiers fournis à une partie des malades mentaux. Nous posons en hypothèse que les malades traités dans les quartiers psychiatriques des hôpitaux généraux recevront des soins infirmiers aussi nombreux et intensifs que ceux qui sont fournis aux autres malades des hôpitaux publics généraux et des hôpitaux spéciaux divers. Les malades des hôpitaux psychiatriques continueront de recevoir les mêmes soins infirmiers qui leur sont actuellement dispensés. L'augmentation du nombre des malades (nombre de jours d'hospitalisation) recevant les soins plus intensifs dispensés dans les quartiers psychiatriques fera augmenter le nombre des infimières nécessaires, même si le total général des jours d'hospitalisation diminue. L'effet produit par ces modifications sur la demande d'infirmières est indiqué au tableau 13-28. En 1971, il faudra 1,724 infirmières de plus que le nombre nécessaire pour atteindre le niveau de la projection précédente.

Afin de présenter une gamme d'estimations, on a établi une projection supplémentaire des besoins basée sur l'hypothèse que l'augmentation de la proportion des soins dispensés par des infirmières licenciées dans les hôpitaux publics généraux et les hôpitaux spéciaux divers qui a caractérisé la période d'après-guerre se poursuivra au cours de la prochaine décennie¹. Le tableau 13-28 indique le nombre d'infirmières ainsi nécessaires. Le nombre s'élève à 99,230 en 1971, ce qui fait une augmentation de près de 40,000 au cours de la décennie, l'augmentation annuelle nette en 1971 étant de 4,469, soit plus du double de celle de la projection 1. Si l'on tient compte des modifications apportées au traitement des malades mentaux, on aboutit à une augmentation du nombre des infirmières nécessaires qui excède 42,000

et à une augmentation annuelle nette de 5,165.

D'après les tendances de la période d'après-guerre de l'effectif d'infirmières, quelles sont nos chances de pouvoir répondre à la demande?

Comme nous ignorons le chiffre des pertes annuelles dues à l'émigration, aux décès, aux retraites ou au mariage de même que celui des rentrées en activité d'infirmières mariées, la projection de l'effectif d'infirmières ne donne qu'une approximation de l'effectif total. D'autre part, les modifications apportées à l'enseignement infirmier, en particulier à la durée et aux exigences du cours du baccalauréat et du cours du diplôme, font que la valeur de la projection des tendances actuelles est quelque peu incertaine. Cependant, si nous posons en hypothèse que les tendances courantes de l'enseignement infirmier ne subiront pas de modification radicale d'ici 1971 et que la profession continuera d'attirer un nombre suffisant de jeunes filles de 18 ans qui s'inscriront aux écoles d'infirmières ou aux cours universitaires d'enseignement infirmier, l'augmentation annuelle de nouvelles diplômées, comme le montre le tableau 13-28, atteindra 7,342 en 1966 et 8,586 en 1971. Cette

¹Le rapport du nombre des jours de soins au nombre des jours d'hospitalisation peut également s'exprimer par l'inverse, soit le nombre moyen de malades par infirmière à une date quelconque. Dans la projection 1, le rapport dans le cas des hôpitaux publics généraux et des hôpitaux spéciaux divers est projeté à 3.56 jusqu'en 1971. Dans la projection 2, il diminue à 3.0 en 1966 et à 2.5 en 1971. Aucune correction n'a été apportée aux rapports relatifs aux autres domaines.

 TABLEAU 13-28
 AUGMENTATION ESTIMATIVE DE L'EFFECTIF D'INFIRMIÈRES, CANADA, CERTAINES ANNÉES,

 1961-1971

Projection 1 – sans amélioration des soins infirmiers Projection 2 – avec plus de soins infirmiers dans les hôpitaux publics généraux et les hôpitaux spéciaux divers

	Besoins 6	Besoins estimatifs		Augmenta	Augmentation estimative de l'effectif	de l'effectif					
Année	'	Nombre total d'infirmières dans les hôpitaux et ailleurs	Nombre moyen d'infirmières nécessaires pour l'augmentation des jours d'hospitalisation	en d'infir- aires pour ion des talisation	Augmentati	Augmentation annuelle estimative de l'effectif d'infirmières	itimative de res	ਜੁ 9	Excédent annuel estimatif de l'effectif sur la demande	nuel estima rr la demar	tif ide
	_	C	_	,	Diplômées	Infirmières	Total				
	į (E)	(2)	(3)	4)	(5)	(6)	(7)	(8) = (7) - (3))-(3)	(9) = (7) - (4)	2) – (4)
									% de la col. (1)		% de la col. (2)
1961	60,854	60,854	1 490	90	6,188	1,108	7,296	1 3	1;	177	I,
1966	69,174 78,868	76,943	1,779	3,363	7,342	1,300	8,642 9,886	5,933 6,863 7,948	9.92	5,279 5,437 5,437	6.65 6.86 84.8
			Régi	me de servic	es d'hygiène n	Régime de services d'hygiène nientale modifié:	.::				
1966 1971	69,382 80,592	77,151 102,977	1,949 2,242	3,432 5,165	7,342	1,300	8,642 9,886	6,693 7,644	9.65	5,210	6.75
						_			-		

Source: Tableaux 13-25, 14-2, 14-3.

projection correspond bien à la croissance projetée des hôpitaux et des facultés d'enseignement infirmier des universités.

Le nombre d'infirmières que l'immigration nous amène par an est projeté à peu près au niveau de 1960 qui est d'environ 1,300¹. En ajoutant le nombre projeté des nouvelles diplômées à celui des infirmières immigrantes, on estime que l'augmentation brute du nombre des infirmières provenant de ces sources s'élèverait à 8,642 en 1966 et à 9,886 en 1971 comparativement à 7,296 en 1961.

L'estimation des besoins en infirmières et des additions à l'effectif nous permet maintenant d'estimer avec plus ou moins d'exactitude le rapport entre la demande et l'effectif. Le tableau 13-28 indique, d'après la projection et si la tendance des soins d'hygiène mentale ne varie pas, que l'effectif projeté compterait, en 1971, 7,948 infirmières de plus que la demande projetée; cet excédent d'infirmières contribuerait, avec les infirmières qui rentrent en activité, à compenser les départs de celles qui émigrent aux États-Unis ou dans d'autres pays, se marient et quittent temporairement la profession, prennent leur retraite ou meurent². Comparé au nombre total d'infirmières projeté en 1971, cela équivaut à 10 p. 100 de pertes. Sur la base de la projection 2, l'excédent de l'effectif par rapport à la demande est de 5,437 en 1971 et la perte estimative est de 5.48 p. 100. Si des modifications sont apportées au régime d'hygiène mentale, l'excédent projeté de l'effectif en 1971 varie entre 7,644 et 4,721, tandis que les pertes varient entre 9.48 et 4.58 p. 100.

D'après ces résultats, il est probable que l'effectif d'infirmières suffira à la demande sur le plan national³—au moins jusqu'en 1971. Même si le taux moyen d'augmentation de la demande d'infirmières professionnelles, est projeté au chiffre supérieur, l'effectif projeté permet encore des pertes de près de 5 p. 100 et une augmentation plus lente de l'effectif net des infirmières irait presque certainement de pair avec une diminution du volume des services infirmiers dispensés à chaque malade, ce qui laisserait une plus grande marge au pourcentage de pertes.

CONCLUSION

Pour que les services de santé se maintiennent à leur niveau de 1961 et qu'ils s'améliorent en quantité et qualité entre 1961 et 1991, il est évident qu'il faut une augmentation continue du personnel de santé qualifié.

L'ampleur de la tâche se voit à l'augmentation du nombre de tous les praticiens et autres catégories de personnel sanitaire qui, d'après nos projections, sera nécessaire tant au cours de la décennie de 1961 à 1971

¹ Voir tableau 7-19.

² L'excédent de l'effectif sur la demande serait réduit dans la mesure où les infirmières sont employées à temps partiel, étant donné qu'il faudrait plus d'infirmières pour répondre aux besoins projetés, exprimés par l'équivalent d'infirmières à temps plein nécessaires.

³ Cela ne signifie pas qu'il ne puisse exister des pénuries régionales comme nous l'indiquons au chapitre 7.

LE PERSONNEL 593

TABLEAU 13-29 EFFECTIF PROJETÉ DES MÉDECINS ET DENTISTES ET NOMBRE D'HABITANTS PAR MÉDECIN ET PAR DENTISTE, CANADA, CERTAINES ANNÉES, 1961-1991

	Méd	decins	Dentistes		
Année	Nombre	Nombre d'habitants par médecin	Nombre	Nombre d'habitants par dentiste	
1961	21,290	857	5,868	3,108	
1966	23,708	856	6,386	3,179	
1971	26,634	848	7,157	3,156	
1976	29,883	844	8,592	2,936	
1981	33,531	842	10,294	2,744	
1986	37,053	851	12,188	2,589	
	40,643	864	14,420	2,435	

Source: Tableaux 13-3, 13-12.

que pendant la période de 1961 à 1991. L'effectif des médecins, comme l'indique le tableau 13-29, doit augmenter rapidement. Pour obtenir même la légère amélioration du rapport entre le nombre des médecins et celui des habitants que nous avons projeté pour la décennie de 1961 à 1971, il faut que le nombre des médecins augmente de 5,344 alors que l'augmentation brute, c'est à dire nécessaire tant pour augmenter l'effectif que pour remplacer ceux que la profession perd du fait de l'émigration, des retraites ou d'autres causes, est de l'ordre de 7,100. Avec l'augmentation de la population projetée pour la décennie de 1971 à 1981, il faut que l'augmentation nette d'effectif soit de l'ordre de 6,900 alors qu'entre 1981 à 1991 on a besoin d'une augmentation nette de 7,100.

Étant donné la difficulté d'augmenter l'effectif des dentistes à brève échéance, l'augmentation nette de 1,290 de l'effectif projeté pour la décennie de 1961 à 1971 n'est même pas suffisante pour maintenir le rapport entre le nombre d'habitants et celui des dentistes à son niveau actuel. Il faut encore trouver du personnel supplémentaire pour compenser les pertes dues au temps et à l'émigration et l'augmentation brute au cours de cette décennie est projetée à environ 2,130. Pour obtenir une amélioration du rapport entre le nombre d'habitants et celui des dentistes, comme l'indique le tableau 13-11, il faudra presque doubler l'augmentation nette de l'effectif pendant la décennie de 1971 à 1981 et la porter à 3,100 dentistes alors que, pour la période de 1981 à 1991, le supplément de dentistes nécessaire est à peu près de 4,100.

Entre 1961 et 1971 seulement, il faut que l'effectif d'infirmières qualifiées augmente de plus de 20,000 pour maintenir les normes actuelles et il pourrait devoir augmenter de près de 42,000 si l'on améliore les normes des soins donnés aux malades. Cependant, l'effectif des infirmières diplômées

d'université doit augmenter rapidement à partir de son faible niveau actuel pour qu'on puisse maintenir et améliorer la qualité de l'enseignement infirmier et celle des soins. Pour répondre ne serait-ce qu'à des normes minimales, il faudrait que le nombre des diplômées d'université passe de 1,114 en 1961 à plusieurs fois ce nombre en 1971. Il serait ainsi passable de s'approcher du rapport de une infirmière diplômée d'université pour trois infirmières diplômées—rapport qu'on nous a présenté comme souhaitable.

Ce qui est vrai des médecins, des dentistes et des infirmières l'est aussi des auxiliaires dentaires. Afin de pouvoir appliquer le régime dentaire recommandé pour nos enfants d'ici 1968, il nous faut former au moins 1,000

auxiliaires dentaires d'ici là et en avoir quelque 10,350 d'ici 1976.

Pour atteindre ces buts, tout en maintenant et en améliorant la qualité du personnel professionnel, il faudra que les professions de la santé, le public et les gouvernements fassent un sérieux effort. Pour augmenter l'effectif des praticiens, nous avons recommandé que les écoles soient agrandies et que des secours financiers soient accordés à l'enseignement supérieur intéressant les professions de la santé. Les recommandations pertinentes sont énoncées au chapitre 2¹ et les motifs en sont expliqués au présent chapitre. Les dépenses qu'entraînerait l'application de ces recommandations figurent au chapitre 20.

¹ Voir chapitre 2, recommandations 124 à 174.

Les hôpitaux

Nous chercherons principalement, dans le présent chapitre, à faire le point de l'expérience acquise en ce qui concerne l'utilisation et l'expansion des installations hospitalières, pour en dégager des estimations quant à nos besoins hospitaliers futurs. D'autres installations de santé, comme les institutions d'enseignement, de formation et les centres dentaires, sont étudiées au chapitre 13.

SOINS HOSPITALIERS

A cause des transformations rapides déjà survenues ou en voie de se concrétiser dans le domaine des services hospitaliers, il est difficile de déterminer le nombre de lits d'hôpital dont nous aurons besoin. Le perfectionnement des méthodes diagnostiques et thérapeutiques crée de nouveaux besoins de soins hospitaliers, exige la construction de nouvelles installations et nécessite tout un arsenal d'équipement nouveau et coûteux de même qu'un effectif hospitalier à la fois plus nombreux et mieux qualifié.

Au chapitre 8, nous nous sommes arrêtés brièvement aux changements survenus dans l'utilisation des hôpitaux et nous avons indiqué que le nombre de jours d'hospitalisation par 1,000 habitants a augmenté, en particulier dans les hôpitaux généraux. Nous avons vu, au chapitre 11, que les dépenses par habitant en services hospitaliers sont passées de \$5.50 en 1926 à \$50.65 en 1961. Exprimé en dollars (1957) constants ou en volume de consommation, cet accroissement représente un bond de \$17.95 à \$48.84. De l'avis de la Commission, le taux futur d'accélération de l'utilisation hospitalière revêt une importance décisive en ce qu'il influe sur la demande de personnel aussi bien que sur le coût des services de santé¹. Dans le présent chapitre, nous indiquons les facteurs qui pourront influer sur l'utilisation future des hôpitaux. Étant donné les rapides transformations déjà amorcées, nous n'avons pas étendu nos projections au-delà de l'année 1971.

En outre, nous n'avons pas tenté de présenter une répartition détaillée des lits d'hôpitaux affectés aux maladies aiguës, aux affections chroniques, aux troubles psychiatriques, etc. Cette attitude nous paraît logique puisque nous sommes d'avis que les soins hospitaliers doivent être assurés, quand c'est possi-

¹ Voir chapitres 11, 13 et 20.

ble, dans des centres hospitaliers plutôt que dans des institutions distinctes ou isolées; elle est également adaptée à la situation présente puisque des malades chroniques, des malades psychiatriques et des tuberculeux sont accueillis dans les hôpitaux publics généraux. Notre répartition réunit donc les hôpitaux généraux et les divers hôpitaux spéciaux, y compris les hôpitaux publics, privés et fédéraux qui traitent à la fois les maladies aiguës et chroniques et assurent des soins aux convalescents, aux malades psychiatriques et aux tuberculeux dans des quartiers spéciaux rattachés aux hôpitaux généraux, aux hôpitaux pour maladies mentales et aux hôpitaux pour tuberculeux.

TAUX D'UTILISATION FUTURS

Pour établir une estimation des taux d'utilisation futurs et, partant du nombre de lits dont les hôpitaux auront besoin, il faut tenir compte des divers facteurs et des services de remplacement que nous avons mentionnés dans les pages précédentes. L'expansion et l'utilisation croissante d'autres services tels que les services de malades externes ou les programmes organisés de soins à domicile influeront forcément sur la demande future d'installations hospitalières. Cependant, ces facteurs, tout comme l'évolution des soins psychiatriques, de la réadaptation, de l'exercice médical en groupe, les régimes d'assurance des soins médicaux et des soins en service externe, n'ont pas été étudiés assez à fond pour qu'on puisse en mesurer le contrecoup sur l'hôpital. On peut s'attendre que les soins à domicile ralentissent dans une certaine mesure la demande de lits; il se peut aussi que la réadaptation libère certains lits affectés aux maladies chroniques mais achemine vers l'hôpital d'autres malades avant besoin d'un traitement actif de réadaptation. Le manque de renseignements sur ces divers programmes est attribuable jusqu'à un certain point à leur origine relativement récente et au fait qu'ils en sont encore pour la plupart au stade expérimental¹. Évidemment, on ne saurait prévoir l'évolution future des méthodes de traitement, mais elle pourra jouer dans un sens ou dans l'autre. Par exemple, de nouvelles formules pharmacologiques permettront peut-être de traiter certains malades à domicile, mais il se peut que du nouveau matériel ou de nouvelles méthodes de traitement exigent l'hospitalisation. Ainsi, bien qu'il soit impossible de prédire quels seront les besoins ou la demande future de lits d'hôpital, nous avons élaboré des projections, fondées sur certaines hypothèses, pour une période limitée.

En général, nous supposons que la réorganisation des services de santé (e.g., mise sur pied de programmes de soins à domicile, de nouvelles méthodes de soins psychiatriques et moyens nouveaux de traitement) s'effectuera graduellement de sorte que le contrecoup n'en sera pas pleinement ressenti au cours de la période sur laquelle portent la plupart de nos projections. Nous considérons que ces projections représentent un compromis pratique entre

¹On trouvera une étude plus détaillée des programmes de soins à domicile et des soins de réadaptation au chapitre 15.

l'objectif que nous aimerions voir réaliser et ce qu'il sera vraisemblablement possible d'accomplir.

A cause des nombreux facteurs, déià mentionnés, qui influent sur la planification et le fonctionnement des hôpitaux, les projections sont d'autant plus incertaines que les données qu'on tente d'y faire intervenir sont plus détaillées. C'est pour ce motif que nous avons évité les projections régionales ou provinciales. L'estimation des besoins hospitaliers d'une région en particulier est une tâche beaucoup plus compliquée. Il existe et continuera d'exister des différences entre les provinces, mais les efforts constants qu'on déploie pour établir des normes plus uniformes de soins tendront à les supprimer. C'est pour les mêmes motifs surtout que nous avons évité de dresser une projection détaillée des catégories d'hôpitaux. Bien que nos hypothèses portent sur les principaux genres traditionnels d'institutions (hôpitaux généraux et institutions pour malades mentaux et pour tuberculeux), c'est le nombre global futur de lits d'hôpital qui nous préoccupe avant tout. Comme nous l'avons dit, la tendance à intégrer, dans le cadre des services généraux de santé, les soins aux malades mentaux et aux tuberculeux a de profondes répercussions sur le secteur hospitalier. Dans certains cas, d'autres modifications du régime d'hospitalisation jouent en sens opposé; ainsi, d'une part, les malades chroniques sont répartis entre les hôpitaux pour maladies chroniques et les fovers de garde et, d'autre part, on assure à certains de ces malades des services actifs de réadaptation. Sur le plan quantitatif, il est difficile de prévoir les répercussions futures de cette évolution, mais, ici encore, son contrecoup sur l'effectif global des lits sera atténué.

Il sera nécessaire de reviser périodiquement les projections présentées ci-dessous pour s'assurer que l'offre de lits d'hôpital va de pair avec l'accroissement démographique et avec l'évolution des soins médicaux.

Hôpitaux généraux et hôpitaux spéciaux

Le tableau 14-1 montre qu'entre 1948 et 1961 le séjour moyen dans les hôpitaux généraux et différents hôpitaux spéciaux¹ est demeuré assez constant—soit 10 jours environ au Canada—mais que le nombre de jours d'hospitalisation pour 1,000 habitants a augmenté de 360, soit tout juste plus de 27 p. 100 durant la même période. Le même tableau indique que le taux d'utilisation des hôpitaux généraux et des hôpitaux spéciaux², exprimé en admissions pour 1,000 habitants, a passé de 111 en 1948 à 149 en 1961, soit une hausse de 34 p. 100. Avec l'introduction de l'assurance-hospitalisa-

¹ Sans les institutions pour maladies mentales et pour tuberculeux, mais y compris les hôpitaux (publics, privés et fédéraux) pour maladies aiguës et chroniques, les hôpitaux de convalescence et les autres hôpitaux spéciaux.

² C'est-à-dire les hôpitaux généraux, pour maladies chroniques, de convalescence, de maternité et autres (d'orthopédie, pour enfants et d'isolement compris), à l'exclusion des institutions pour maladies mentales et pour tuberculeux et de celles qui n'assurent que des soins de garde ou à domicile. (Voir Bureau fédéral de la statistique, La statistique des hôpitaux, vol. I—Lits hospitaliers, 1959, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1961, p. 11.)

TABLEAU 14-1 TAUX DE L'UTILISATION DES HÔPITAUX GÉNÉRAUX ET DES HÔPITAUX SPÉCIAUX DIVERS, CANADA ET PROVINCES, CERTAINES ANNÉES. 1948-1961*

Province	1948	1950	1952	1954	1956	1957	1958	1959	1960	1961
			ours d'	hospital	isation	pour 1,	000 hab	itants		
Canada	1,318	1,411	1,481	1,533	1,568	1,577	1,578	1,624	1,656	1,678
Terre-Neuve	1,093	_ 1,205 1,106 1,234	_ 1,317 1,233 1,190	1,245 1,330 1,198 1,231	1,259 1,438 1,228 1,289	1,226 1,498 1,265 1,292	1,279 1,554 1,242 1,274	1,276 1,586 1,394 1,441	1,284 1,562 1,421 1,658	1,262 1,599 1,429 1,675
Québec	1,122 1,282 1,425	1,270 1,362 1,394	1,351 1,417 1,517	1,406 1,504 1,524 2,010	1,438 1,569 1,404	1,463 1,576 1,447 2,322	1,457 1,566 1,574 2,308	1,489 1,622 1,630	1,491 1,677 1,719	1,536 1,717 1,767 2,249
Saskatchewan Alberta Colombie-Britannique Yukon et T.NO.	1,632	2,163 1,516 1,682 3,896		1,803 1,801	1,914	1,838 1,673 4,602	1,887 1,640	2,277 1,992 1,630 3,390	1,971 1,647	1,922 1,661 1,059
			А	dmissic	ns pou	1,000 1	habitan	ts		
Canada	111	119	128	132	140	140	142	143	145	149
Terre-Neuve	128 103	115 109 131	126 120 129	81 134 125 141	91 144 132 145	97 143 135 148	101 148 135 149	102 149 143 156	105 155 145 169	109 155 143 168
Québec Ontario Manitoba	75 109 126	83 114 133	93 124 145	95 134 142	108 140 146	109 140 156	113 140 164	115 140 166	114 142 168 214	127 148 166 212
Saskatchewan Alberta Colombie-Britannique Yukon et T.NO.	169 145	200 173 152 86	187 164 62	202 191 160 74	205 203 163 140	215 195 155 198	199 154 187	210 197 157 121	196 163 144	190 167
•	Séjour moyen à la radiation									
Canada	10.0	9.9	10.0	10.1	10.0	9.8	9.8	9.8	9.9	10.0
Terre-Neuve	10.4	- 11.0 9.8 9.0	10.5 10.3 9.0	13.4 9.6 9.6 8.3	13.9 9.5 9.4 8.3	12.5 10.1 9.5 8.1	11.9 10.0 9.3 7.8	11.4 9.8 9.4 8.4	11.1 9.1 9.6 9.6	11.1 9.9 9.8 9.4
QuébecOntario	9.8 9.4	11.1 10.0 8.8	9.8 8.5 10.3	11.0 9.9 8.4 10.1	9.8 8.6 10.4	10.7 9.8 8.3 10.0	10.8 9.7 8.6 9.9	10.4 9.9 8.9 9.9	10.0 10.2 8.8 9.8	10.4 10.4 9.0 9.2
Saskatchewan Alberta Colombie-Britannique Yukon et T.NO.	9.2 9.9	10.0 8.6 10.2 10.1	8.9 10.8 77.8	8.8 10.6 137.0	8.7 10.0	8.5 9.9 —	8.5 9.8 —	9.1 9.7 —	9.0 9.8 -	9.0 9.7 -

^{*} Ne comprend pas les admissions de nouveau-nés ni les admissions dans les hôpitaux fédéraux. Comprend, pour la période 1948-1958, les données afférentes aux hôpitaux publics adaptées de: Bureau fédéral de la statistique, Rapports annuels des hôpitaux, 1948 à 1952 et La statistique des hôpitaux, 1954 à 1958, vol. 1. Pour 1959 et 1960, comprend les hôpitaux dont le budget est examiné (de même que les hôpitaux à contrat à Terre-Neuve, dans les Territoires du Nord-Ouest et au Yukon), d'après la liste de ces hôpitaux au moment de leur entrée dans le régime d'assurance-hospitalisation, en ce qui concerne les provinces et les territoires qui n'y ont pas participé pendant l'une de ces deux années ou les deux. Dans le cas de la Colombie-Britannique, comprend 5 hôpitaux publics (1959) non couverts par le régime d'assurance-hospitalisation mais qui ont fait rapport au Bureau fédéral de la statistique pendant les années antérieures. Les chiffres se fondent sur les données tirées du rapport annuel des hôpitaux par la Division des recherches et de la statistique. Pour 1952 à 1960 comprend des ajustements qui tiennent compte du nombre approximatif des admissions aux hôpitaux qui ne présentent pas de rapport, d'après le rapport admissions-lits des hôpitaux qui font rapport dans chaque province.

Source: Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Utilisation de l'hôpital au Canada, 1962 et données de 1961 communiquées par le ministère.

tion dans les provinces en 1959 et 1960, on aurait pu s'attendre à une augmentation rapide du taux des admissions. Le taux canadien avait beaucoup augmenté entre 1948 et 1956, mais il s'est infléchi entre 1957 et 1958. Lorsque le Régime d'assurance-hospitalisation a été inauguré, le taux des admissions ne s'est élevé que lentement, l'accroissement étant le plus marqué dans les provinces de l'Atlantique et au Québec. De plus, il y a eu légère augmentation du séjour moyen, mais l'augmentation a aussi varié selon la province.

Nos projections se fondent sur l'utilisation prévue des hôpitaux pendant la période 1963-1971, en commençant par le nombre estimatif de jours d'hospitalisation. Pour ce qui est de la demande de services hospitaliers. nous supposons que le taux moyen de croissance de la période 1958-1961 se maintiendra en règle genérale, de sorte que certaines provinces, où le taux d'utilisation et le rapport lits/population dans les hôpitaux généraux sont peu élevés, se rapprocheront davantage du niveau national. Dans l'ensemble, cependant, nous prévoyons que les facteurs qui tendent à accroître la demande d'installations hospitalières et que ceux qui jouent en sens contraire s'équilibreront durant les prochaines années. La Loi sur l'assurancehospitalisation et les services diagnostiques n'étant pas en vigueur depuis assez longtemps dans toutes les provinces, il est encore trop tôt pour en mesurer les effets avec exactitude. L'expérience des régimes d'assurancehospitalisation en Saskatchewan et en Colombie-Britannique indique qu'il faut plusieurs années avant que l'accélération initiale de la demande s'infléchisse. Du reste, ces deux provinces où le régime d'assurance-hospitalisation est pourtant en vigueur depuis assez longtemps ne donnent pas une idée claire et uniforme de ses effets.

La Saskatchewan et la Colombie-Britannique ont toutes deux constaté une inflexion du taux des jours d'hospitalisation. Dans les deux provinces, ce phénomène s'est manifesté à partir du milieu des années '50, une dizaine d'années après la mise en vigueur des régimes d'assurances. Reste à savoir si la légère augmentation récente en Colombie-Britannique et si un nouveau fléchissement en Saskatchewan auront pour résultat de rapprocher les deux taux. Il faudra aussi analyser, pour les deux provinces, les effets des conditions sociales et géographiques de même que les résultats de la coassurance en Colombie-Britannique. Nous avons donc supposé que le taux des jours d'hospitalisation pour 1,000 habitants, à l'échelle nationale, continuera d'augmenter lentement pour se situer en 1971 à un niveau intermédiaire entre les taux indiqués pour ces deux provinces au tableau 14-2¹. Ainsi, de 1961 à 1971, le nombre de jours d'hospitalisation pour 1,000 habitants passera de 1,959 à 1,995, soit une augmentation d'environ 40 jours pour la décennie comparativement à une hausse de 63 jours pour les quatre années

¹ Pour les soins hospitaliers aux nouveau-nés, les chiffres du tableau 14-2 se fondent sur des projections du taux de fécondité dans l'hypothèse du maintien du séjour moyen actuel des nouveau-nés. Voir A. Stukel, *Population estimative*, 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, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964.

STORMED BETWATTE DE LOTTE D'HOSPITAT ISATION POLIR I 000 HABITANTS ET NOMBRE TOTAL

600													P	RO	BL	È	ME	S	A	CT	UE	LS								
NE IOINE	Total:	soins hospitaliers			60.63	61.52	62.66	64.80 80.	65.71	19.89	72.31	79.79		3,706	3,651	3,605	3,637	3,606	3,594	3,562	3,532	traitement de la								
, 1957-1971	Hônitanx	pour tuberculeux ^b	nts		3.89	3.41	3.13	2.95	2.32	2.18	1.83	1.24	existants	234	200	179	165	127	115	06	55	hiatriques et le								
VES ANNÉES	Hônitaux nour	maladies mentales	ogrammes exista		23.54	24.06	23.92	24.34	24.74	25.72	27.20	29.71	des programmes existants	1,417	1,409	1,368	1,362	1,356	1,355	1,340	1,315	nd les soins pev								
DA, CERTAIN	Total: hôpitaux	généraux et hôp. spéciaux divers	hypothèse des pi	ous)	33.20	34.05	35.61	37.51	38.65	40.31	43.28	48.84	dans l'hypothèse	2,055	2,042	2,057	2,112	2,123	2,124	2,132	2,162	accence Compre								
NOMBRE ESTIMATIF DE JOURS D'HOSPITALISATION FOUR 1,000 HABITANIS ET NOMBRE 101AL JOURS, PAR CATÉGORIES D'HÔPITAUX, CANADA, CERTAINES ANNÉES, 1957-1971		Soins hopitaliers aux	talisation, dans l'	(millions)	2.64	2.67	2.83	2.96	2.93	3.11	3.29	3.77	1,000 habitants,	159	156	162	165	164	164	162	167	ation of the sould be								
ES D'HÔPIT	Hôpitaux généraux et hôpitaux spéciaux divers	Total	les jours d'hospi	des jours d'hosp	Total des jours d'hospitalisation, dans l'hypothèse des programmes existants (millions)	des jours d'hospi	des jours d'hospi	des jours d'hospi	des jours d'hosp	des jours d'hosp	des jours d'hosp	des jours d'hosp	30.56	31.38	32.78	34.55	35.72	37.20	39.99	45.07	spitalisation par	1.896	1,886	1.895	1,947	1,959	1,960	1,970	1,995	Cincado coibata
STIMATIF DE R CATÉGOR	ıx généraux et hí	Hôpitaux privés et fédéraux†	Total		4.36	4.43	4.38	4.93	5.120	4.94	4.87	4.86	Jours d'hos	319	308	271	291	281	760	240	215	3,70								
NOMBRE E	Ηδρitaι	Hôpitaux publics*			26.20	26.95	28.40	29 60	30.60	32.26	35.12	40.21		1, 577	1,578	1,624	1,656	1.678	1,700	1,730	1,780	1.1.								
TABLEAU 14-2 DE		Année			1957	1958	1959	961	1961	19630	19664	19714		1947	1958	1959	1961	1961	1963	1966	19714									

^{*} Hôpitaux publies de traitement actif, pour maladies chroniques et de convalescence. Comprend les soins psychiatriques et le traitement de la † Hôpitaux privés fédéraux de traitement actif pour maladies chroniques et de convalescence. Comprend les quartiers psychiatriques et les quartuberculose, dans les hôpitaux publics de traitement actif. tiers pour tuberculeux dans les hôpitaux fédéraux.

Hôpitaux publics et privés.

b Comprend certains soins hospitaliers pour troubles psychiatriques et maladies chroniques assurées dans les hôpitaux pour tuberculeux. Comprend les soins assurés dans les institutions publiques pour maladies mentales et dans les foyers pour arriérés mentaux.

Estimation.

SOURCE: Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Utilisation de l'hôpital au Canada, 1962, Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques, rapport de l'année financière terminée le 31 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. ⁴ Projection.

les hôpitaux 601

1957-1961. La baisse qui a caractérisé, dans le cas des hôpitaux privés et fédéraux, la période 1957-1961 a été projetée jusqu'à 1971; elle est, cependant, contrebalancée par une hausse de 1,678 à 1,780 jours pour 1,000 habitants pour les hôpitaux publics. D'ici 1971, la somme des jours d'hospitalisation dans les hôpitaux généraux et les hôpitaux spéciaux divers (nouveau-nés compris) passera de 38.65 à 48.84 millions; le nombre de jours d'hospitalisation pour 1,000 habitants augmentera de 2,123 à 2,162. Une part de presque 91 p. 100 de l'augmentation des jours d'hospitalisation est attribuable à l'accroissement démographique et 9 p. 100 seulement à une somme plus élevée de soins hospitaliers pour 1,000 habitants.

Nous prévoyons un nouveau ralentissement du rythme de croissance de l'utilisation des hôpitaux. Cependant, faut-il nécessairement s'attendre que le taux augmentera lentement comme c'est le cas depuis 1957, sans toutefois cesser de grimper?

Pour répondre à la question, il nous faudrait des données indiquant le lien entre l'utilisation hospitalière et les facteurs que nous avons énumérés dans d'autres parties du présent rapport, par exemple: les catégories d'affections traitées à l'hôpital; le changement d'attitude à l'égard de l'hospitalisation qui a abouti à un recours plus fréquent aux services hospitaliers pour l'accouchement; la composition de la population selon l'âge, le sexe et le lieu de domicile, rural ou urbain; la situation de fortune et les régimes d'assurance-hospitalisation; le nombre et les catégories d'hôpitaux ou des autres installations disponibles; le relèvement du niveau général d'instruction et le fait que le médecin est plus en mesure et choisit plus volontiers de traiter ses malades à l'hôpital. Il est incontestable que chacun de ces éléments influe sur le taux d'hospitalisation, mais les données que nous possédons ne nous permettent pas d'en déterminer les effets avec précision.

Dans le domaine qui nous occupe, on a l'impression que dans une certaine mesure l'offre engendre souvent la demande. Dès que de nouveaux lits deviennent accessibles, ils sont aussitôt occupés par des malades, même lorsque la décision de les aménager s'est inspirée d'autre motifs que les besoins réels; la philantropie par exemple, la fierté locale ou même la politique peuvent dans certains cas avoir joué un rôle important. Il est difficile de déterminer dans quelle mesure cette demande est maintenue à un niveau exagéré par suite de l'absence d'autres services communautaires, mais toute augmentation du nombre et de l'utilisation des programmes de soins à domicile et des services hospitaliers externes contribuera forcément à abaisser la demande de soins hospitaliers. Étant donné que les programmes de soins à domicile font défaut et que les services externes ne sont pas couverts par les régimes d'assurance-hospitalisation de certaines provinces, on admet dans les hôpitaux un nombre important de malades qui pourraient être traités chez eux ou dans les services externes. La liste suivante montre jusqu'à quel point les soins hospitaliers externes sont exclus des régimes provinciaux d'assurancehospitalisation. Les services de laboratoire et de radiologie, qui peuvent abaisser la demande de soins en hôpital, n'y sont inclus qu'en Nouvelle-Écosse, dans l'Île-du-Prince-Édouard et à Terre-Neuve.

SERVICES ASSURÉS AUX MALADES EXTERNES PAR LES RÉGIMES PROVINCIAUX D'ASSURANCE-HOSPITALISATION—AVRIL 1962

Province	Services	Tarif autorisé
Colombie-Britannique	(i) Urgence (24 heures)* (ii) Petite chirurgie	\$2
Alberta	Aucun	Aucun
Saskatchewan	(i) Urgence (24 heures) et post-contrôle des accidentés (ii) Examen pathologique des tissus et services anticancéreux (iii) Spécimens cliniques et diagnostiques fournis par les laboratoires provinciaux	Aucun
Manitoba	(i) Urgence (24 heures) (ii) Actes de petite chirurgie, y compris les transfusions de sang (d'après la liste) (iii) Traitement par électro-choc (iv) Services de réadaptation	Aucun
Ontario	(i) Urgence (24 heures) et post-contrôle des fractures (ii) Certains actes thérapeutiques, médicaux et chirurgicaux	Aucun
Québec	Aucun	Aucun
Nouveau-Brunswick	 (i) Urgence et post-contrôle des accidentés (ii) Services de réadaptation conjugués avec la physiothérapie quand elle est accessible (iii) Actes autorisés de diagnostic et de traitement (iv) Services des laboratoires provinciaux (d'après la liste) 	Aucun
Nouvelle-Écosse	 (i) Urgence (48 heures) (ii) Examens diagnostiques et radiologiques médicalement indiqués et interprétations nécessaires (iii) Examens de laboratoire expressément mentionnés (iv) Radiothérapie et services cliniques de traitement des tumeurs (v) Sang, y compris les fractionnements (vi) Actes de petite chirurgie et actes médicaux peu importants, y compris la convulsivothérapie 	Aucun

SERVICES ASSURÉS AUX MALADES EXTERNES PAR LES RÉGIMES PROVINCIAUX D'ASSURANCE-HOSPITALISATION, AVRIL 1962—Fin

Province	Services	Tarif autorisé
Île-du-Prince-Édouard	 (i) Services de laboratoire (d'après la liste) (ii) Services de radiologie (d'après la liste) y compris l'emploi d'isotopes radioactifs (iii) Médicaments, produits biologiques et préparations connexes pour diagnostic et traitement d'urgence (iv) Tous les autres services assurés aux hospitalisés 	Aucun
Terre-Neuve	(i) Services de laboratoire et de radiologie (ii) Radiothérapie et physiothérapie, quand c'est possible (iii) Services cliniques du personnel autre que les médecins	Aucun
Territoire du Yukon	Urgence	Aucun
Territoires du Nord-Ouest	(i) Urgence (ii) Certains services diagnostiques, interprétations nécessaires	Aucun

Aux termes du programme provincial exclusivement.

Toutefois, à notre avis, le simple fait que les lits d'hôpital sont occupés aussitôt qu'il est possible d'en aménager ne signifie pas nécessairement que nous sommes en présence d'une sorte de fatalité à laquelle nous ne pourrons jamais échapper. On pourrait soutenir, évidemment, que l'utilisation croissante des lits d'hôpital au fur et à mesure que leur nombre augmente est une preuve qu'il s'est accumulé une demande non satisfaite et que le rapport lits/population plus élevé dans certaines régions tient à des circonstances sociales et géographiques variables ou à une structure différente des services de santé. Nous sommes peu renseignés sur la mesure selon laquelle l'utilisation réelle de l'hospitalisation est en avance ou en retard sur les besoins. Autrement dit, des malades sont-ils hospitalisés inutilement ou restent-ils à l'hôpital plus longtemps qu'il ne faut, en dépit des responsabilités qu'assume le médecin traitant à l'égard du séjour de son client à l'hôpital et en dépit du travail des comités d'admission et de sortieet des diverses mesures de contrôle auxquelles peuvent recourir les régimes 'd'assurance-hospitalisation? D'autre part, y a-t-il des malades qui ne sont pas hospitalisés comme ils le devraient? Pour déterminer s'il y a surutilisation ou sous-utilisation, il faut mettre la demande réelle en regard des besoins réels d'hospitalisation. La sur-utilisation peut être attribuable à deux facteurs: un mauvais usage des autres installations ou leur insuffisance. Il est désormais évident que l'existence d'autres installations ou solutions peut réduire la demande d'hospitalisation.

Le taux d'hospitalisation pourrait églement être abaissé si le médecin procédait avec plus de circonspection à l'égard de l'admission des malades à l'hôpital et, quand c'est possible, s'il les renvoyait dès que ses responsabilités professionnelles le lui permettent. En plus de l'absence de moyens de soigner le malade à domicile et de l'exclusion des services externes des régimes d'assurance, deux autres considérations poussent le médecin à faire entrer à l'hôpital des malades qu'on pourrait soigner ailleurs. La première c'est que l'hôpital est devenu pour le médecin un «atelier» où il trouve le personnel et l'équipement dont il a besoin pour traiter ses malades. Si le médecin préfère l'hôpital, c'est qu'il y trouve des avantages techniques indiscutables, mais des considérations de commodité et d'épargne de temps peuvent aussi influer sur sa décision. Parce que la médecine moderne et l'hôpital moderne lui inspirent confiance, le malade se refuse rarement à l'hospitalisation. Une étude récente entreprise au Michigan par la Study Commission on Prepaid Hospital and Medical Care Plans constituée par le gouverneur comportait une enquête sur l'à-propos de l'admission et sur la durée du séjour². Parmi les soixante diagnostics les plus fréquents relevés sur les fiches de sortie de 22 hôpitaux du Michigan en 19573, on a choisi dix-huit diagnostics; voici les résultats obtenus:

Pour les 18 diagnostics ensemble, les projections ont donné environ 206,472 jours de sur-séjour (6.8 p. 100 des jours d'hospitalisation) et 70,913 jours de sous-séjour (2.3 p. 100 des jours d'hospitalisation) en 1958 pour l'ensemble de l'État. Cela veut dire, au total, 277,384 jours d'utilisation inappropriée (9.1 p. 100 du total estimatif des jours d'hospitalisation). De plus, il y a lieu de rappeler que cette estimation portait uniquement sur les cas afférents à 18 diagnostics choisis, c'est-à-dire sur 46 p. 100 des malades et 39 p. 100 des jours d'hospitalisation dans les hôpitaux généraux du Michigan en 1958.

En résumé, cette enquête sur l'efficacité a révélé que la sur-utilisation atteignait des proportions assez importantes pour grever lourdement les régimes d'assurance. La sous-utilisation, qui comporte indiscutablement pour le malade le risque de manquer de soins, ne compense pas sur le plan financier le coût de la sur-utilisation car, en nombre de jours, elle n'en représente que le tiers. Pour se faire une juste idée du degré d'inefficacité, il faut faire l'addition de la sur-utilisation et de la sous-utilisation. D'après ce critère, l'utilisation inappropriée de l'hôpital s'étend à 16.5 p. 100 des cas étudiés.

Cette étude comporte un aspect important en ce qu'elle fournit un moyen de déterminer et de mesurer la sur-utilisation et la sous-utilisation

¹ Voir chapitre 8.

² Walter J. McNerney, Hospital and Medical Economics, vol. 1, Chicago: Hospital Research and Educational Trust, 1962, chapitre 26, p. 473.

⁸ Ibid., chapitre 25, p. 457.

⁴ *Ibid.*, chapitre 26, p. 476. ⁵ *Ibid.*, chapitre 27, p. 499.

des lits d'hôpital. Étant donné les investissements de plus en plus élevés des régimes d'assurance-hospitalisation au Canada, on a tout à gagner à recourir à cette méthode pour évaluer la sur-utilisation et la sous-utilisation des hôpitaux canadiens. Nous n'entendons pas par là qu'une enquête canadienne aboutirait fatalement aux mêmes conclusions que l'étude du Michigan. L'attitude des médecins à l'égard de l'utilisation des installations hospitalières peut présenter de notables différences suivant que ces médecins sont canadiens ou américains, mais étant donné que notre pays, qui compte à peine plus de 18 millions d'habitants¹, affecte près d'un milliard de dollars par année² aux services hospitaliers et que les sommes ne cessent d'augmenter, il est évident qu'une enquête comme celle qui a été entreprise au Michigan s'impose ici.

L'autre considération qui encourage le médecin à faire entrer à l'hôpital des malades qui pourraient être soignés ailleurs, c'est l'absence d'un programme universel et complet d'assurance, superposé au régime actuel d'assurance-hospitalisation et couvrant les soins médicaux et autres services externes. Le médecin et le malade savent tous les deux qu'au moins une partie du coût du traitement qui pourrait être dispensé à domicile ou dans le cabinet du médecin sera payée par l'assurance-hospitalisation si le malade entre à l'hôpital. Bien entendu, nous ignorons dans quelle mesure ce facteur influe sur le taux d'hospitalisation, mais nous avons tout lieu de supposer que l'établissement d'un régime complet et universel de soins médicaux tendrait à l'abaisser.

La fréquence des hospitalisations où le séjour à l'hôpital ne semble pas et, nous a-t-on dit, n'est pas nécessaire, ne constitue pas un problème nouveau, mais la Loi sur l'assurance hospitalisation et les services diagnostiques lui confère un intérêt nouveau. Comme nous l'avons fait remarquer, dans de nombreuses régions, toute une gamme de facteurs est ici en jeu, y compris la construction d'un trop grand nombre d'hôpitaux, le manque d'autres installations, l'exclusion des services externes du régime d'assurance et l'absence de programmes de soins à domicile.

La Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques fait surgir deux difficultés différentes. Il y a d'abord, pour certains hôpitaux de certaines provinces, la perte d'autonomie dans la gestion de leurs affaires. Parfois, elle est évidemment plus apparente que réelle et tient uniquement à ce que l'administration de l'assurance-hospitalisation rejette les demandes exagérées d'un conseil ou d'un administrateur hospitalier trop exigeant. Dans d'autres cas, cependant, la perte est réelle et a de fâcheux effets sur le rendement du personnel, sur les soins aux malades et sur la collaboration de la collectivité. On prétend, cependant, que les décisions sont parfois arbitraires; que le traitement des différents hôpitaux semble loin d'être uniforme et qu'on néglige de reconnaître ou de moderniser les normes établies en fait de personnel et d'équipement.

¹En 1961.

² Voir tableau 11-1.

Le deuxième problème est que la participation du personnel extra-gouvernemental à l'élaboration d'une ligne de conduite est trop limitée, en particulier en ce qui a trait à la planification touchant l'aménagement d'hôpitaux et d'autres installations de santé. La quasi-inexistence de conseils de planification sanitaire représentatifs aux paliers local, régional, provincial et national a abouti, d'une part, au chevauchement et à une expansion exagérée puis, d'autre part, à de graves lacunes sur le plan des installations et des services. Elle a en quelque sorte laissé un vide qui a été comblé principalement par les organismes gouvernementaux. Nous croyons que ce principe est mauvais et qu'en pratique il est inapplicable. Si, par exemple, il existait de solides conseils locaux de planification sanitaire, les hôpitaux de certains centres urbains cesseraient de rivaliser entre eux et de faire double emploi et ils entreprendraient la mise sur pied d'un service communautaire complet, bien équilibré et efficace. Les niveaux régional et provincial commenceraient eux aussi à en ressentir les effets bienfaisants; de fait, dans certains cas, ils les ressentent déjà. Nous croyons également que ces conseils pourraient convaincre les associations d'hôpitaux et les administrateurs de régimes d'assurance de la nécessité de se concerter pour établir les normes à suivre afin de doter d'équipement et de personnel des hôpitaux de taille et d'affectations variées1. Nous avons maintenant acquis assez d'expérience pour qu'il soit possible d'écarter toute considération subjective dans les discussions entre un administrateur hospitalier et la direction de l'assurance-hospitalisation quand il s'agit de déterminer, par exemple, s'il faut embaucher une infirmière ou un technicien de plus. S'il n'existe pas de critère objectif, une procédure d'appel s'impose incontestablement.

En dépit des difficultés qui, à notre avis, ne sont pas insurmontables, le programme a rendu de grands services et les Canadiens ont lieu d'en être fiers.

La politique future afférente à la construction d'hôpitaux devra tenir compte de deux considérations fondamentales. Il faudra d'abord s'assurer qu'il existe assez de lits pour répondre aux besoins d'hospitalisation. C'est ce principe qui a servi de guide au Programme national de santé depuis 1948 alors que les subventions à la construction d'hôpitaux ont été inaugurées pour obvier à une pénurie généralement reconnue de lits d'hôpital. En conséquence, environ 100,000 lits ont été établis au Canada dans les cadres du programme. Nous en avons maintenant environ 200,000. Le régime d'assurance-hospitalisation n'oppose guère de barrières financières à leur utilisation par les malades, mais, parce que le financement de l'exploitation hospitalière retombe principalement sur les gouvernements de qui relève dans une large mesure la construction d'hôpitaux, on a de plus en plus le sentiment que l'offre de lits se rapproche maintenant de son niveau optimum². Le problème principal consistera désormais à s'assurer que le volume de

¹ Nous traitons avec plus de détails de la planification de la santé dans le volume II du présent rapport.

 $^{^{2}\,\}mathrm{Le}$ nombre optimum est peut-être même dépassé dans certaines régions alors qu'il n'est pas encore atteint dans d'autres.

soins hospitaliers est dicté par le besoin et non par l'accessibilité de lits d'hôpital.

Le planificateur se voit donc dans l'obligation de considérer deux points de vue qui en quelque sorte s'opposent. Avant de tenter de les concilier, nous indiquerons par quel processus se forme la demande réelle d'hospitalisation. Mis à part les cas exceptionnels d'internement, c'est toujours le médecin qui décide de l'admission d'un malade à l'hôpital et qui fixe aussi la date de sa sortie.

La responsabilité du médecin est dans une certaine mesure partagée par les comités, formés de ses pairs, de qui relève l'examen des règles d'admission et de sortie, mais elle n'en disparaît pas pour autant. Là où ils existent, ces comités jouent donc le rôle de contrôles. Pour déterminer si un malade doit entrer à l'hôpital et combien de temps il doit y séjourner, le médecin se guide sur le contexte médical du cas et aussi sur la possibilité de recourir à d'autres installations pour le traitement ou le rétablissement du malade. Nous devons donc reconnaître que le contexte social doit lui aussi entrer en ligne de compte pour déterminer si le malade doit entrer à l'hôpital et combien de temps il doit y rester. Quand il a à décider si son client doit être ou non hospitalisé, il arrive sans doute parfois que le médecin tienne compte de l'idée que le malade se fait de son état, de ses conditions de vie au foyer et de ses problèmes financiers.

Étant donné que la demande réelle d'hospitalisation dépend, en dernière analyse, du médecin et qu'il est de son devoir de faire en sorte que la demande ne dépasse pas le besoin tel qu'il le voit, l'administrateur peut-il vraiment déterminer quel doit être le nombre de lits?

S'il était possible de considérer isolément l'hôpital et son utilisation, en faisant abstraction des autres installations et de l'évolution des habitudes sociales, la réponse serait simple: l'offre de lits serait suffisante lorsque l'effectif de lits, si le taux d'occupation était raisonnable, suffirait à répondre à la demande sans que les malades aient trop à attendre. Si, d'autre part, quel que soit le nombre de lits aménagés, on ne constate aucune inflexion de la demande, ou encore s'il faut attendre pour qu'elle s'infléchisse que le nombre de lits ait atteint un niveau exorbitant, on doit alors rechercher d'autres moyens d'assurer une offre suffisante de lits sans en encourager ou en tolérer l'usage abusif.

Le moyen le plus direct et le plus simple de ralentir la demande de soins hospitaliers consiste à établir un rapport maximum lits/population au-delà duquel toute subvention fédérale ou provinciale, ou les deux à la fois, cessera. Le rapport serait fondé sur l'expérience faite au Canada et sur les constatations faites dans des pays comme les États-Unis ou la Grande-Bretagne. Une difficulté se pose, cependant, en ce sens qu'il n'existe pas de rapport magique qui puisse s'appliquer à toutes les provinces non plus qu'à tous les territoires ni à toutes les régions qui les composent. On ne saurait affirmer qu'un rapport satisfaisant pour l'Ontario, par exemple, serait également valable pour Terre-Neuve ou pour les Territoires du Nord-Ouest. Si l'on prend comme norme le rapport provincial actuel le plus élevé, on

encouragera l'aménagement de lits superflus dans certaines régions. Si, d'autre part, on opte pour un rapport moins élevé, certaines régions où les besoins sont plus grands en souffriront ou alors il faudra tolérer des exceptions qui iront à l'encontre du but recherché par l'établissement d'une norme générale et qui nous ramèneront à la nécessité d'effectuer des études approfondies sur les besoins hospitaliers de régions déterminées. Du reste, dans un cas comme dans l'autre, ces études seront absolument nécessaires.

En outre, il n'est plus possible d'évaluer les installations hospitalières et leur utilisation en les isolant des autres services communautaires. L'administration du Programme de subventions à la construction d'hôpitaux et l'application de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques ne peuvent pas non plus faire abstraction des faits qui interviennent dans d'autres domaines.

Limiter le rapport à un niveau acceptable peut donc être un moyen commode et pratique d'éviter des frais exorbitants de construction et de fonctionnement, mais ce n'est au fond qu'un expédient. Cela ne saurait assurer des installations hospitalières suffisantes ni empêcher vraiment les abus. Pour établir un niveau satisfaisant de soins hospitaliers, l'adoption d'un rapport déterminé à l'égard des constructions nouvelles doit s'accompagner d'autres méthodes permettant de mesurer le besoin de lits d'hôpital.

Ces méthodes comprennent la planification, fondée sur des enquêtes systématiques et subordonnant les intérêts locaux, comme aussi peut-être les pressions locales, à des plans régionaux ou provinciaux afin d'assurer le meilleur service possible en même temps qu'une utilisation efficace des installations et du personnel. Il faudra songer à étendre l'assurance aux services extérieurs à l'hôpital aussi bien qu'à compléter ces services, en particulier par l'organisation des soins à domicile. Ces programmes non seulement assureront une part des services médicaux, infirmiers et paramédicaux hors de l'hôpital, mais ils modifieront également le milieu social du malade, milieu qui, nous l'avons dit, est fréquemment la raison pour laquelle on préfère l'hôpital au domicile pour le traitement et la convalescence. Les foyers de garde répondront dans bien des cas au même besoin, une fois que le problème de leur financement aura été résolu dans le contexte des services de santé en général. L'élargissement des services hospitaliers externes contribuera lui aussi à réduire la demande d'hospitalisation.

Nous avons dit que l'admission à l'hôpital dépend avant tout du médecin traitant; c'est aussi de lui que dépendra dans une large mesure le mode futur de l'utilisation hospitalière que l'exercice en groupe peut contribuer à abaisser pourvu que le médecin puisse compter sur un programme efficace de soins à domicile et sur un programme de soins en service externe.

La planification à l'échelle régionale et provinciale signifie que les hôpitaux deviendront des institutions conçues pour desservir une région ou une province entière plutôt qu'une simple collectivité locale. Tout en favorisant l'efficacité et la qualité des soins, cette transformation dégagera les diverses institutions du contexte local dans les cadres duquel leur financement s'est opéré jusqu'ici. Si l'hôpital est intégré à un plan directeur provincial, au lieu d'être le produit de l'initiative locale, on ne pourra plus s'attendre que les municipalités ou les organismes privés payent jusqu'aux trois quarts du coût de construction de ces institutions.

Il faudra recourir plus largement à l'avenir aux diverses formes de comités d'admission et de sortie qui, eux aussi, devront être pleinement renseignés sur le contexte social qui favorise l'hospitalisation et sur la disponibilité d'autres services.

Sanatoriums pour tuberculeux

Nous avons vu au chapitre 5 et il ressort du tableau 14-2 que l'utilisation des hôpitaux pour tuberculeux a constamment décliné. Entre 1957 et 1961, le nombre de jours d'hospitalisation pour 1,000 habitants dans ces institutions a baissé de plus de 40 p. 100, tombant de 234 à 127 au cours des quatre ans. Nous avons supposé que ce fléchissement se continuera, d'une part à cause d'une réduction de la durée du séjour et, d'autre part, parce que le traitement des tuberculeux passera des sanatoriums aux hôpitaux publics généraux¹. Notre projection suppose que le taux de diminution du nombre de malades dans les sanatoriums se ralentira, mais que le nombre des jours d'hospitalisation y tombera de 127 par 1,000 habitants qu'il était en 1961 à 55 en 1971.

Il convient de souligner qu'en dépit du fléchissement projeté de cette classe d'hospitalisation, la tuberculose continue de constituer une grave menace². On estime à près d'un million et quart le nombre de jours d'hospitalisation pour 1971, et cela sans compter les soins hospitaliers assurés dans les quartiers pour tuberculeux.

Hôpitaux pour maladies mentales

Nous avons présenté deux estimations pour les hôpitaux psychiatriques; la première suppose que l'évolution qui est en voie de s'opérer dans le traitement des malades mentaux se continuera; la deuxième prévoit son accélération par suite de la mise en œuvre de nos recommandations.

La projection qui repose sur le rythme actuel d'évolution figure au tableau 14-2. Entre 1957 et 1961, le nombre des jours d'hospitalisation pour 1,000 habitants dans les hôpitaux pour maladies mentales et les foyers pour arriérés mentaux a baissé de 1,417 à 1,356, soit une diminution de 61 jours en quatre ans. Nous avons supposé que cette évolution se continuera et que, dix ans plus tard, en 1971, le chiffre aura baissé à 1,315 jours, soit un nouveau fléchissement d'environ 50 jours. Les soins psychiatriques dispensés dans les hôpitaux généraux n'y sont pas compris car ils figuraient déjà dans la projection pour les hôpitaux généraux. Nous avons posé en hypothèse, cependant, que le rythme d'évolution de ce genre de soins ne sera pas plus rapide qu'il l'a été pendant la décennie 1951-1961. La projection du nombre total de jours d'hospitalisation donne une augmentation de 24.74 à 29.71

¹Le séjour moyen en hôpital des tuberculeux libérés en 1961 a été de 241 jours contre 362 en 1955. Bureau fédéral de la statistique, Statistique de la tuberculose, 1961, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1963, p. 49.

²Voir chapitre 5.

millions entre 1961 et 1971; cette hausse est attribuable uniquement à l'accroissement démographique.

Poursuivant notre examen des changements qui pourront s'opérer dans le domaine des soins hospitaliers afférents aux troubles psychiatriques, nous avons établi le tableau 14-3 qui se fonde sur une estimation des répercussions que pourrait avoir la mise en œuvre de nos recommandations à cet égard si un pas décisif était franchi durant cette période (1961-1971) dans le sens d'une réorientation des services d'hygiène mentale¹. Dans le tableau, les chiffres de l'année de base 1961 indiquent quelle était la situation cette année-là. Le total global des jours d'hospitalisation pour 1,000 habitants dans les hôpitaux pour maladies mentales (1,105) et les institutions pour arriérés mentaux (251) est le même (1,356) que celui que donne le tableau 14-2 quant aux soins hospitaliers dispensés aux malades mentaux en 1961.

Pour les années 1966 et 1971, le nombre de jours de soins pour 1,000 habitants, dans les hôpitaux pour malades mentaux et les institutions pour arriérés mentaux, serait:

	Programme existant ²	Programme élargi ^s
1961	 1,356	1,356
1966	 1,340	1,105
1971	 1,315	917

Le programme aboutirait donc à une forte réduction du taux des jours d'hospitalisation, bien que les projections donnent une augmentation de 48 p. 100 du taux afférent aux arriérés mentaux. Pendant que le nombre global de jours d'hospitalisation dans les hôpitaux pour maladies mentales baisserait de 7.84 millions entre 1961 et 1971, il y aurait augmentation de 3.82 millions de jours dans les institutions pour arriérés mentaux au cours de cette même période⁴. C'est pour les quartiers psychiatriques des hôpitaux généraux qu'on prévoit l'augmentation la plus rapide du taux: il en sera quintuplé, ce qui donnera 2.90 millions de jours de plus d'hospitalisation dans ces quartiers.

Toutes ces projections, bien entendu, reposent sur des hypothèses relatives à la rapidité et à l'étendue de la mise en œuvre du nouveau programme au cours de la période envisagée; cependant, comme nous l'avons souligné déjà, le soin des malades mentaux constitue un des grands problèmes de notre époque et nous croyons que notre évaluation des besoins se fonde sur des réalités. Le tableau 14-3 résume les résultats du programme de soins psychiatriques en fonction de la demande de jours d'hospitalisation

¹ Nous traitons plus à fond cette réorientation au chapitre 8.

² Voir tableau 14-2.

⁸ Voir tableau 14-3. ⁴ Les institutions pour arriérés mentaux comprennent les internats de formation et de réadaptation aussi bien que les institutions de garde.

pour les trois grandes catégories d'hôpitaux¹ aussi bien que pour l'ensemble des institutions hospitalières. Ainsi, selon que le programme actuel d'hygiène mentale sera maintenu ou élargi, nous aurons la différence suivante:

JOURS I	D'HOSPITALI	SATION
---------	-------------	--------

	Program	me existant*	Progran	nme élargi†
Année	Total de jours	Jours pour 1,000 habitants	Total de jours	Jours pour 1,000 habitants
	(millions)		(millions)	
1961 1966 1971	24.74 27.20 29.71	1,356 1,340 1,315	24.74 23.38 23.62	1,356 1,151 1,045

^{*} Voir tableau 14-2.

Si les programmes de soins intensifs donnent les résultats qu'on peut en attendre, les grandes institutions de garde pour malades mentaux pourraient bien se vider au cours des années 1970.

Ensemble des soins hospitaliers

Voici quelles sont nos projections pour l'ensemble des soins hospitaliers, avec ou sans un programme élargi d'hygiène mentale:

JOURS D'HOSPITALISATION: TOUS LES HÔPITAUX

	Program	me existant*	Prograi	mme élargi†
Année	Total de jours	Jours pour 1,000 habitants	Total de jours	Jours pour 1,000 habitants
	(millions)		(millions)	
1961 1966 1971	65.71 72.31 79.79	3,606 3,562 3,532	65.71 68.49 73.70	3,606 3,373 3,262

^{*} Voir tableau 14-2.

[†] Voir tableau 14-4.

[†] Voir tableau 14-4.

¹ A noter que, pour les quartiers psychiatriques, les jours supplémentaires attribuables au programme sont inclus dans le tableau 14-4 sous la rubrique «Hôpitaux pour malades mentaux».

TABLEAU 14-3 NOMBRE ESTIMATIF DE LITS DRESSÉS, DE MALADES ET DE JOURS D'HOSPITALISATION DANS LES HÔPITAUX POUR MALADIES MENTALES, DANS L'HYPOTHÈSE D'UNE EXPANSION DES PROGRAMMES PUBLICS, PAR CATÉGORIES D'HÔPITAUX, CANADA, CERTAINES ANNÉES, 1961-1971

Année Lits Nombre pour dessés Jours d'hospitation d'hospitation Jours d'hospitation Jour		Õ	uartiers psychiatriques des hôpitaux généraux*	atriques des hô	pitaux généra	nx*		Hôpitaı	Hôpitaux pour maladies mentales	lies mentales	:
1,800 .10 1,110 .40 22 55,232 4,100 .20 3,485 1.35 66 45,000 10,600 .47 9,010 3.30 146 33,750 Institutions pour arriferes mentaux 13,370 0.73 12,548 4.58 251 70,402 16,440 0.81 16,440 6.00 296 65,540 23,000 1.02 23,000 8.40 372 67,350	Année	Lits dressés	Lits pour 1,000 habitants	Nombre moyen de malades	Jours d'hospi- talisation	Jours d'hos- pitalisation pour 1,000 habitants	Lits dressés	Lits pour 1,000 habitants	Nombre moyen de malades	Jours. d'hospita- lisation	Jours d'hospitalisation pour 1,000 habitants
1,800 .10 1,110 .40 22 55,232 4,100 .20 3,485 1.35 66 45,000 10,600 .47 9,010 3.30 146 45,000 Institutions pour arriérés mentaux 13,370 0.73 12,548 4.58 251 70,402 16,440 0.81 16,440 6.00 296 65,540 23,000 1.02 23,000 8.40 372 67,350					(millions)					(millions)	
Institutions pour arrières mentaux 13,370 0.73 12,548 4.58 251 70,402 16,440 0.81 16,440 6.00 296 65,540 23,000 1.02 23,000 8.40 372 67,350	1961† 1966‡ 1971‡	1,800 4,100 10,600	.10	1,110 3,485 9,010	.40 1.35 3.30	22 66 146	55, 232 45,000 33, 750	3.03 2.20 1.50	55,232 45,000 33,750	20.16 16.43 12.32	1,105 809 545
13,370 0.73 12,548 4.58 251 70,402 3.86 16,440 0.81 16,440 6.00 296 65,540 3.21 23,000 1.02 23,000 8.40 372 67,350 2.99			Institution	ns pour arriéré	s mentaux			Foutes institut	ions pour mal	adies mentales	
16,440 0.81 16,440 6.00 296 65,540 3.21 .23,000 1.02 23,000 8.40 372 67,350 2.99	1961		0.73	12,548	4.58	251	70,402	3.86	068,890	25.14	1,378
23,000 1.02 23,000 8.40 372 67,350 2.99	19961	16,440	0.81	16,440	6.00	296	65,540	3.21	64,925	23.78	1,171
	1971‡	23,000	1.02	23,000	8.40	372	67,350	2.99	65,760	24.02	1,063

* Sans les soins psychiatriques assurés dans les hôpitaux fédéraux; chiffre estimatif de 465,000 jours pour 1961.
† Données fondées sur le Bureau fédéral de la statistique, La statistique de l'hygiène mentale, 1961, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1963, p. 30 et ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, op. cit. † Projection.

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 144 NOMBRE ESTIMATIF DE JOURS D'HOSPITALISATION POUR 1,000 HABITANTS ET NOMBRE TOTAL DE JOURS, DANS L'HYPOTHÈSE D'UNE EXPANSION DES PROGRAMMES PUBLICS VOUÉS AUX MALADES MENTAUX PAR CATÉGORIES D'HÔPITAUX, CANADA, CERTAINES ANNÉES, 1961-1971

cyar V	Hôpitaux généraux et hôpitaux spéciaux divers*	Hôpitaux généraux et hpitaux spéciaux divers*	Hôpita: tuberc	Hôpitaux pour tuberculeux	Hôpitan malades	Hôpitaux pour malades mentaux†	Tous les	Tous les hôpitaux
	Nombre de jours (millions)	Jours d'hos- pitalisation pour 1,000 habitants	Nombre de jours (millions)	Jours d'hos- pitalisation pour 1,000 habitants	Nombre de jours (millions)	Jours d'hos- pitalisation pour 1,000 habitants	Nombre de jours (millions)	Jours d'hos- pitalisation pour 1,000 habitants
1961	38.65	2,124	2.32	127	24.74	1,356	65.71	3,606
1966‡	43.28	2,132	1.83	8	23.38	1,151	68.49	3,373
11211	48.84	2,162	1.24	55	23.62	1,045	73.70	3,262

* Comprend les soins psychiatriques assurés dans les hôpitaux fédéraux et dans les quartiers psychiatriques existant en 1961. † Comprend les soins psychiatriques assurés dans les hôpitaux généraux par suite de la mise en œuvre d'un programme accéléré qui transfère le soin des malades mentaux des hôpitaux pour maladies mentales aux hôpitaux généraux.

† Projection.
Source: Tableaux 14-2 et 14-3.

Dans l'hypothèse des programmes existants, le nombre global de jours d'hospitalisation, qui était de 65.7 millions en 1961, passera à 80 millions. Cette augmentation est entièrement attribuable à l'accroissement démographiques puisque le nombre de jours pour 1,000 habitants baissera à 3,532. Par conséquent, au cours de cette période de dix ans, la diminution sera de 75 jours, comparativement à 100 jours pendant les quatre années 1957-1961.

Dans l'hypothèse d'un programme élargi d'hygiène mentale, le nombre total des jours d'hospitalisation baisserait à 3,262 pour 1,000 habitants. La réduction estimative du nombre de jours d'hospitalisation par année serait donc la suivante:

	Total de jours (millions)	Jours pour 1,000 habitants
1961	 	
1966	 3.82	189
1971	 6.09	270

BESOINS DE LITS

Nous nous préoccupons également des perspectives relatives aux besoins d'installations matérielles de soin tout autant qu'aux investissements que ces installations exigeront. De fait, c'est l'existence et la disponibilité de lits qui détermineront, en définitive, le degré d'utilisation des hôpitaux. Nous chercherons donc à mesurer les répercussions, sur l'offre de lits d'ici 1971, de la projection déjà faite concernant l'utilisation des hôpitaux.

Le nombre de lits requis dépendra de deux facteurs: total des jours d'hospitalisation et taux moyen d'occupation. Pour ce qui est des lits dressés dans les institutions pour maladies mentales, pour arriérés mentaux et pour tuberculeux, nous avons posé en hypothèse que le taux d'occupation en sera de 100 p. 100; il est probable que le taux se rapprochera sensiblement de ce niveau lorsque les cas qui peuvent se traiter dans les hôpitaux généraux ou les autres institutions communautaires auront été séparés. Nous avons supposé une légère augmentation du taux d'occupation dans les hôpitaux tant généraux que spéciaux, soit de 80 p. 100 en 1961 à 81.6 p. 100 en 1971; à notre avis, cet accroissement est possible et c'est vers ce but qu'il faudrait tendre. Nous supposons que, dans l'ensemble, le taux d'occupation des berceaux ne variera guère.

On a estimé à 196,812, soit 10.79 pour 1,000 habitants le nombre de lits disponibles en 1961 pour le traitement des hospitalisés de toutes catégories; 68,602 de ces lits se trouvaient dans les institutions pour malades ou arriérés mentaux et 5,972 dans des sanatoriums assurant des soins hospitaliers aux tuberculeux. Les 122,238 lits qui restent se trouvaient dans les hôpitaux

généraux publics, privés et fédéraux ou dans les quartiers réservés aux affections chroniques ou psychiatriques des hôpitaux pour tuberculeux où des soins sont assurés à des malades de toutes catégories hospitalisés pour de courtes ou de longues périodes. Les quartiers psychiatriques des hôpitaux généraux comptaient environ 1,800 lits qui sont compris dans les lits des hôpitaux généraux publics.

Étant donné que les projections prévoient un recul du traitement dans les hôpitaux pour tuberculeux, nous n'avons pas projeté de lits additionnels ou de remplacement pour ces institutions. La même observation vaut pour les grandes institutions pour maladies mentales puisque le volume des soins qu'on y dispense a tendance à diminuer. Nous n'avons donc pas prévu d'addition nette au stock de ce capital ni de remplacement de lits dans les institutions d'un certain âge.

Compte tenu de l'âge et de l'état de nombreaux pensionnaires des hôpitaux pour affections mentales, il restera un nombre considérable de malades dans ces institutions même à la fin de la présente décennie. Leur nombre diminuera sans doute graduellement pendant les années 70 à mesure que les programmes de traitement intensif et de réadaptation prendront de l'ampleur.

En même temps que diminuera le nombre des lits occupés durant de longues périodes dans les institutions pour maladies mentales, il y aura augmentation correspondante du nombre de lits dans les hôpitaux généraux et les institutions qui leur sont associées. Nous n'avons pas tenté de classer ces lits d'après leur répartition entre les quartiers des hôpitaux généraux et les petits hôpitaux psychiatriques qui leur sont associés, mais, dans le cas des hôpitaux généraux, la projection cadre avec l'augmentation du nombre d'institutions en mesure de réserver un quartier à la psychiatrie. De fait, compte tenu des problèmes que posent le recrutement du personnel de ces quartiers et l'existence d'hôpitaux de taille appropriée, nos projections aboutissent à une augmentation d'environ 1,000 lits par année en 1965 et 1966, et par la suite de 1,300 lits par année, ce qui donnerait 4,100 lits en 1966 et 10,600 en 1971. Le nombre de lits pour 1,000 habitants passerait donc de .10 à .47 au cours de cette période de dix ans. Ce rapport est quelque peu inférieur à celui que nous aurions jugé souhaitable¹, mais dans le contexte du programme de construction d'hôpitaux généraux et des difficultés inhérentes à tout programme accéléré, il reflète la réalité.

Le nombre de lits requis dans les institutions pour arriérés mentaux passera de 13,370 à 23,000 entre 1961 et 1971. Cet accroissement est

¹ A. Richman, Les soins psychiatriques au Canada, Étendue et résultats, étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964. On y donne un rapport de 0.7 lit pour 1,000 habitants comme effectif nécessaire à un traitement intensif, d'après l'expérience acquise en Saskatchewan. Dans la région de Moose-Jaw, le rapport lits/population du quartier psychiatrique était inférieur à 0.4 pour 1,000 habitants, mais on souligne que «l'établissement et l'expansion de moyens de traitement communautaires autres que les soins en hôpital peuvent beaucoup influer sur les rapports mentionnés ci-dessus»; toutes nos projections tiennent compte de cet élément.

partiellement attribuable au transfert d'arriérés mentaux d'institutions pour maladies mentales mais il suppose également qu'on tiendra compte de notre recommandation touchant le soin de ces malades en institutions¹. Nos projections supposent que le nombre de lits dans les institutions pour arriérés mentaux passera de 13,370 en 1961 à 23,000 en 1971, soit une augmentation de 0.73 à 1.02 du nombre de lits pour 1,000 habitants. Nous ne savons pas si cet effectif suffira aux besoins de la population et il est fort possible que le rapport augmente au cours des années 1970².

Nos projections portent donc que le nombre total de lits pour le traitement des malades et arriérés mentaux tombera de 70,402 en 1961 à 67,350 en 1971, le nombre de lits pour 1,000 habitants baissant de 3.86 à 2.99. La diminution du nombre de lits dans les grandes institutions pour maladies mentales est compensée dans une certaine mesure par un accroissement dans les institutions de traitement actif mais l'expansion de ces dernières aboutira en définitive à un fléchissement du chiffre global des malades hospitalisés en permanence.

Le reste de notre projection des lits d'hôpitaux suppose que les institutions spécialisées dans le traitement des maladies mentales et de la tuberculose se videront graduellement dans un avenir rapproché; le tableau 14-5 repose sur cette prémisse. En conséquence, la projection représente l'offre de lits dans l'hypothèse d'une extension des programmes publics de traitement des malades et arriérés mentaux.

Le besoin de lits psychiatriques dans les hôpitaux généraux mis à part pour le moment, notre projection indique que le nombre de lits dans les hôpitaux tant généraux que spéciaux devra passer de 120,438 en 1961 à 151,350 en 1971 pour répondre à la demande de soins hospitaliers selon nos projections ci-dessus³.

Le tableau 14-3 indique le nombre de lits qu'exigera l'intégration accélérée, aux hôpitaux généraux, des soins hospitaliers assurés aux malades mentaux. Nous avons déjà parlé de la diminution générale du nombre de lits dressés dans les hôpitaux pour maladies mentales⁴.

Le tableau 14-5 présente la projection du nombre total de lits. En 1961, il était de 196,812, soit 10.79 pour 1,000 habitants. Pour 1971, la projection porte le chiffre à 222,097, mais le rapport aura baissé à 9.84 pour

¹ Voir chapitre 2, recommandations 9-12.

² On a estimé les besoins correspondants pour l'Angleterre et le pays de Galles à 1.8 lit pour 1,000 habitants, chiffre que certains jugent trop élevé. (Voir A. Richman, Les soins psychiatriques au Canada, Étendue et résultats, chapitre 5.)

⁸ Un certain nombre de ces lits pourront demeurer dans des sanatoriums pour tuberculeux qui auront été transformés, mais pour les fins de la projection, ils sont comptés dans les hôpitaux généraux.

Étant donné la difficulté qu'il y aurait à établir la projection du nombre de lits dans les quartiers psychiatriques et les hôpitaux pour maladies mentales dans l'hypothèse qu'il ne soit pas donné suite à nos recommandations, et considérant le besoin de quartiers psychiatriques, nous avons supposé que ces quartiers seront construits. Nous n'avons donc pas évalué les besoins de lits en supposant la continuation des tendances actuelles. La projection du nombre de lits d'hôpital est la même qu'on se fonde sur les programmes existants ou sur un programme élargi.

TABLEAU 14-5 STOCK ESTIMATIF DE LITS D'HÔPITAL, NOMBRE DE LITS POUR 1,000 HABITANTS ET TAUX D'OCCUPATION PAR CATÉGORIES D'HÔPITAUX, CANADA, CERTAINES ANNÉES, 1961-1971*

Nombre de lits d'adulte et d'enfant	Lits pour	Taux d'occupa-	_		tuberculeux	tuberculeux	mentales et insti-	mentales et insti-	Tous les hôpitaux ^a	nopitaux
de lus d'adulte et d'enfant	pour	d'occupa-		Taux		Lits	men men	nucous pour arreres mentaux‡	Nonber	Lits
122 238	habitants		de de berceaux	d'occupa- tion des berceaux	Nombre de lits	pour 1,000 habitants	Nombre de lits	Lits pour 1,000 habitants	de lits	pour 1,000 habitants
122 238		i								
_	6.70	80.0	15,500	52.0	5,972	.33	68,602	3.76	196,812	10.79
1963° 128,800 6	6.70	0.08	16,000	53.0	i	I	ı	1	1	1
	6.87	81.1	16,800	54.0	5,014	.25	61,440	3.01	205,804	10.13
1971° 161,950 7	7.17	91.6	19,900	52.0	3,397	.15	56,750	2.52	222,097	9.84

*Dans l'hypothèse d'un programme élargi de traitement psychiatrique dans les hôpitaux généraux, suivant les données du tableau 14-3. Sans les lits des institutions pour maladies mentales et des hôpitaux pour tuberculeux, laissés vacants par suite du transfert de cette catégorie de soins aux hôpitaux généraux.

†Comprend les lits des quartiers psychiatriques des hôpitaux généraux, suivant les données du tableau 14-3, aussi bien que les lits de traitement des maladies psychiatriques et chroniques des sanatoriums pour tuberculeux; comprend les hôpitaux publics, privés et fédéraux et les hôpitaux de courte et ‡Sans les lits des quartiers psychiatriques des hôpitaux généraux, suivant les données du tableau 14-3.

• A l'exclusion des berœaux. de longue hospitalisation.

bEstimation. ^oProjection. 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 14-6 ESTIMATION DES NOUVELLES CONSTRUCTIONS HOSPITALIÈRES, CANADA 1966 ET 1971

'nx*	Lits	additionnels requis dans les internats et écoles de formation†	1,000	1,500
hôpitaux spécia		Total des berceaux	570	800
Estimation des nouvelles constructions nécessaires chaque année, hôpitaux généraux et hôpitaux spéciaux*	Berceaux	Berceaux de remplacement, hôpitaux générauxª	170	200
laque année, hôp		Berceaux additionnels, hôpitaux généraux†	400	009
ns nécessaires ch		Total des lits	6,625	6,870
elles construction	Lits d'adulte et d'enfant	Lits psychiatriques additionnels	1,300	1,300
imation des nouv		Lits de remplacement, hôpitaux généraux‡	2,025	2,270
Est		Lits additionnels, hôpitaux généraux†	3,300	3,300
		Année	1966 ^b	q1/61

*Comprend l'addition de lits et berceaux dans les hôpitaux généraux et les hôpitaux spéciaux divers de toutes catégories; lits des hôpitaux publics et privés (affections aiguës et chroniques et convalescence) et lits des hôpitaux fédéraux. Projection d'après les données du tableau 14-3.

†Projection d'après les données du tableau 14-3.

Projection au taux de 1.5 p. 100 par an. *Projection au taux de 1 p. 100 par an.

^bProjection.

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.

1,000 habitants. La composition des soins hospitaliers ne sera pas modifiée, cependant, puisque le nombre de lits dans les hôpitaux tant généraux que spéciaux, y compris ceux des quartiers ou des hôpitaux psychiatriques, augmente plus rapidement que la population tandis que l'offre de lits dans les sanatoriums pour tuberculeux diminue. Toutefois, même dans les hôpitaux généraux et les hôpitaux spéciaux, le rapport lits/population, qui était de 6.7 pour 1,000 habitants en 1961, n'augmente pas beaucoup. En 1966, il sera de 6.87 et en 1971 de 7.17, mais l'accroissement sera presque entièrement attribuable à l'expansion des soins hospitaliers psychiatriques.

Estimation des nouvelles constructions hospitalières, 1966 et 1971

Pour les fins de nos projections relatives aux investissements en construction hospitalière, nous avons établi au tableau 14-6, d'après les hypothèses que nous avons formulées dans les tableaux précédents, des estimations des lits et berceaux nouveaux qu'il faudra aménager ainsi que des lits et berceaux désuets qu'il faudra remplacer.

Dans une industrie où la durée du stock de capital est d'au moins une cinquantaine d'années en moyenne et où la concurrence n'est pas assez active pour éliminer l'équipement techniquement désuet, la projection des taux de désuétude pour une période de dix ans seulement est extrêmement difficile, d'autant plus qu'une très forte proportion des installations hospitalières date de ces dernières années, en particulier depuis l'inauguration du Programme des subventions nationales à la santé. Le stock important de nouveau capital semble indiquer un taux réel de remplacement extrêmement bas, bien que les innovations techniques et scientifiques de l'exercice de la médecine de même que les mouvements de population puissent entraîner la fermeture de quelques petits hôpitaux ruraux aménagés ces dernières années. Notre projection se fonde donc sur un taux de désuétude de 1.5 p. 100 par an dans le cas des lits d'adulte et d'enfant et de 1.0 p. 100 dans le cas des berceaux des hôpitaux généraux et des hôpitaux spéciaux divers. Dans la mesure où elle se produit dans des régions peu peuplées, la désuétude permet, dans les régions où la population s'accroît, d'augmenter le nombre de lits d'hôpitaux à une allure plus rapide que le rythme moyen national. Enfin, comme nous n'avons pas projeté de lits de remplacement dans le cas des hôpitaux pour malades mentaux et pour tuberculeux, les taux de désuétude ne s'appliquent pas à leur cas.

A supposer que les changements que nous recommandons soient opérés au cours de la décennie 1961-1971, le nombre de lits additionnels dont on aura besoin chaque année pour répondre à l'expansion des soins hospitaliers dans les hôpitaux généraux et les divers hôpitaux spéciaux devrait être porté à 6,625 en 1966 et à 6,870 en 1971, tandis que l'apport nouveau de berceaux devrait être de 570 en 1966 et de 800 en 1971. L'accroissement annuel dans les internats et les écoles de formation pour arriérés mentaux devrait passer à 1,000 lits en 1966 et à 1,500 en 1971.

CONCLUSION

Pour conclure, il importe de souligner de nouveau que les projections numériques, parce qu'elles s'appuient sur toutes sortes d'hypothèses, ne peuvent indiquer tout au plus que l'ordre général de grandeur des besoins en installations matérielles pour la période envisagée. La validité de ces hypothèses doit être vérifiée périodiquement afin que les projections puissent se reviser à la lumière des situations nouvelles.

La planification régionale jouera un rôle de plus en plus important au cours des années à venir mais, même si son influence sur l'offre et la demande de lits d'hôpital ne doit s'étendre qu'à une région circonscrite, la régionalisation assurera des soins meilleurs et plus efficaces et entraînera un certain glissement pour ce qui est des catégories de lits et de leur affectation. A la suite de l'Enquête sur les hôpitaux de la Saskatchewan¹, on a recommandé la fermeture graduelle, au cours d'une période de dix ans, de 18 «hôpitaux à fonctions limitées»². Cette évolution est inévitable, en Saskatchewan aussi bien qu'ailleurs; elle atteste la nécessité de la participation locale dans les conseils dont nous avons parlé ci-dessus, si les hôpitaux veulent conserver une part de leur autonomie. Personne ne prétend qu'on a eu tort de construire les hôpitaux dont la fermeture est aujourd'hui recommandée. A une certaine époque, le petit hôpital communautaire était un rouage très utile et même nécessaire de nos services de santé; il a sans doute contribué largement au peuplement de certaines régions rurales. Cependant, «la construction d'autoroutes et de bons réseaux routiers et leur amélioration, l'exode de la population vers les villes, l'aménagement de centres commerciaux plus importants et plus centralisés, les facteurs économiques qui influent sur les méthodes de culture et l'évolution de la médecine» sont en voie d'en consacrer la désuétude³.

Au cours des années envisagées, le stock d'installations hospitalières continuera de s'accroître. Cela semble inévitable, étant donné que la population augmente. De nouvelles constructions seront également nécessaires, évidemment, pour obvier au processus continu de désuétude des institutions existantes. Toutefois, l'augmentation des installations hospitalières devrait aller à un rythme fort ralenti par rapport à ces dernières années et, dans l'ensemble du pays, l'établissement de lits d'hôpital devrait en arriver à une stabilité, quinze ans après l'inauguration du Programme national de subventions à la santé et cinq ans après l'établissement d'un régime national d'assurance-hospitalisation, stabilité où le taux moyen de croissance de l'offre de lits et de la population sera le même.

Dans le contexte de la stabilité générale de l'offre de lits, on peut prévoir des changements importants dans la répartition des soins hospitaliers. La plus grande intégration aux services généraux de santé des soins aux

¹ Summary of Saskatchewan Hospital Survey and Master Plan, 1961, Partie I, Rapport du Comité d'enquête sur les hôpitaux, Commission de planification des services de santé, ministère de la Santé publique de la Saskatchewan, Regina, février 1963.

² Ibid., p. 49. ⁸ Ibid., p. 48.

tuberculeux et aux malades mentaux aura des répercussions: les institutions pour malades mentaux et pour tuberculeux perdront de l'importance, une grande part du reste de leurs fonctions passant aux hôpitaux généraux. On insistera de plus en plus sur la nécessité de réexaminer la structure de l'hôpital général à la lumière de nouveaux principes comme le traitement progressif du malade et la distinction entre les institutions de traitement actif et celles qui soignent les malades chroniques et les convalescents, y compris les foyers de garde. Comme on mettra de plus en plus l'accent sur la réadaptation, des changements se produiront dans l'organisation interne de l'hôpital général aussi bien que dans ses rapports avec la collectivité.

En prévision de ces changements, la Commission a recommandé l'aménagement d'installations et de services communautaires extra-hospitaliers pouvant compléter les services d'hospitalisation ou leur être substitués en partie tout en assurant des soins de même qualité¹. Le ralentissement du taux d'augmentation de la construction hospitalière sera donc compensé dans une certaine mesure par l'expansion des installations communautaires pour la santé.

Le programme projeté d'hygiène mentale, de soins à domicile et de service extra-hospitaliers de réadaptation, en ce qu'il libérera les hôpitaux de la nécessité d'assurer certains soins, exigera l'aménagement d'autres installations dans la collectivité. Dans une certaine mesure, il faudra affecter des investissements à de nouveaux bâtiments, mais une partie au moins des installations libérées par suite d'une réduction de la demande de lits pour tuberculeux et pour malades mentaux dans les institutions déjà existantes pourra être utilisée. La plupart du temps, les services que l'hôpital ne sera plus appelé à fournir à cause de l'existence des programmes que nous venons de mentionner entraîneront une plus forte demande de personnel pour doter d'effectifs ces installations nouvelles de la collectivité. Même si elle réduit les besoins de capital hospitalier sous ses formes traditionnelles, l'amélioration des soins comporte nécessairement des frais en ce qu'elle exige plus d'installations et de personnel spécialisés.

Au cours de la période 1961-1971, l'addition nette au stock de lits d'hôpital, à cause de la forte réduction projetée dans les institutions pour malades mentaux et pour tuberculeux, représente moins du tiers de l'augmentation du pourcentage survenue au cours de la décennie précédente. Néanmoins, le nombre de lits d'adulte et d'enfant augmentera de 23,000 et celui des berceaux de 4,400. Si l'on inclut l'augmentation projetée du nombre de lits des institutions pour arriérés mentaux, l'augmentation global des lits et berceaux, entre 1961 et 1971, sera d'environ 39,000, soit près de 20 p. 100 du stock de 1961.

Si l'on inclut dans ce total la projection des lits appelés à remplacer le stock désuet des hôpitaux publics généraux et des hôpitaux de traitement actif, l'accroissement global brut des lits d'adulte et d'enfant et des berceaux sera d'environ 61,000 de 1961 à 1971. L'accroissement de la population et les adaptations qu'exigeront les déplacements démographiques, de même que

¹ Voir chapitre 15.

la qualité améliorée des soins de santé, contribueront à maintenir à un niveau élévé le volume des nouvelles constructions hospitalières. Nous donnons au chapitre 20 une projection du coût de ces installations.

Voici en résumé les augmentations projetées du nombre de lits:

		1961		1966		1971	
	Élément	Nombre de lits	Lits pour 1,000 habitants	Nombre de lits	Lits pour 1,000 habitants	Nombre de lits	Lits pour 1,000 habitants
1.	Stock de lits et berceaux* Tous les hôpitaux (lits) Hôpitaux généraux et	196,812	10.79	205,804	10.13	222,097	9.84
	hôpitaux spéciaux divers(berceaux) Hôpitaux pour	122,238 (15,500)	6.67 —	139,350 (16,800)	6.87 —	161,950 (19,900)	7.17 —
	tuberculeux Hôpitaux pour malades mentaux et institutions		.33	5,014	.25	3,397	.15
	pour arriérés mentaux	68,602	3.76	61,440	3.01	56,750	2.52
2.	Nouveaux aménagements requis annuellement* Hôpitaux généraux et						
	hôpitaux spéciaux divers	_	_	6,625	_	6,870	_
	Lits pour arriérés mentaux	_	_	1,000	_	1,500	
	Berceaux	_	-	570	_	800	_

^{*}Tableaux 14-5 et 14-6.