VOL. II

COMMISSION ROYALE D'ENQUÊTE SUR LES SERVICES DE SANTÉ

COMMISSION ROYALE D'ENQUÊTE SUR LES SERVICES DE SANTÉ

1965—VOLUME II

RC449
.R114

v. v.2
c. 1
pco pco

II

COMMISSION ROYALE D'ENQUÊTE SUR LES SERVICES DE SANTÉ

95864—1½

ACCESS CODE / CODE D'ACCÈS ADGF
COPY / ISSUE / EXEMPLAIRE / NUMÉRO V.11 C.1

CANADA

RC449/.R114

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

v. v.2 c. 1 pco pco

COMMISSION ROYALE D'ENQUÊTE SUR LES SERVICES DE SANTÉ

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

1965 -- VOLUME II

© Droits de la Couronne réservés

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

OTTAWA
Édifice Daly, angle Mackenzie et Rideau

TORONTO
Édifice Mackenzie, 36 est, rue Adelaide

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

ou chez votre libraire.

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

Prix $5 N° de catalogue Z1-1961/3-2F

Prix sujet à changement sans avis préalable

ROGER DUHAMEL, M.S.R.C.
Imprimeur de la Reine et Contrôleur de la Papeterie
Ottawa, Canada
1965

A SON EXCELLENCE

LE GOUVERNEUR GÉNÉRAL EN CONSEIL,

PLAISE À VOTRE EXCELLENCE,

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

AVONS L'HONNEUR DE PRÉSENTER À VOTRE EXCELLENCE

LE SECOND ET DERNIER VOLUME DE NOTRE RAPPORT

CANADA

Élisabeth Deux

PAR LA GRÂCE DE DIEU

Reine

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

LE SOUS-PROCUREUR GÉNÉRAL SUPPLÉANT,

L'ADMINISTRATEUR SUPPLÉANT,

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

Salut

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Par ordre,

LE SOUS-SECRÉTAIRE D'ÉTAT SUPPLÉANT,

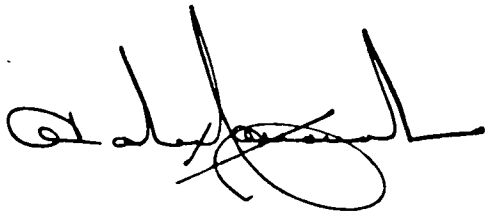

TABLE DES MATIÈRES

	PAGE
Avant-propos	xvii
Chapitre 1. EXIGENCES DE BASE	1
La qualité	1
Liberté au sein des Régimes de services de santé	10
1. Le médecin	11
2. Le malade	12
3. Recherches et innovations	13
Les organismes privés	13
Planification coopérative	15
La recherche	16
Cadres d'organisation	18
Conclusion	19
Chapitre 2. LES PHARMACIENS	23
Évolution du rôle des pharmaciens et adaptation de leur formation	23
Effectif et répartition des pharmaciens	26
Diplômés et étudiants en pharmacie	28
Demande et utilisation	31
La pharmacie de détail	32
La pharmacie d'hôpital	34
L'industrie pharmaceutique	35
Le personnel des écoles de pharmacie	36
Les services des gouvernements	36
Les services militaires	37
Les organismes pharmaceutiques	37
Besoins et effectifs futurs, 1966 et 1971	37
Conclusion	39
Chapitre 3. CERTAINES CATÉGORIES DE PERSONNEL SANITAIRE PROFESSIONNEL, TECHNIQUE ET AUTRE	41
Introduction	41
Personnel paramédical	42
Emploi de certaines catégories de personnel sanitaire, 1953 et 1961	44
Diététiciennes	50
Archivistes médicales	52
Techniciens médicaux	54
Techniciens de laboratoire	54
Techniciens de radiologie	56
Techniciens de salle d'opération	58
Autres techniciens	58
Thérapeutes	59
Physiothérapeutes	59
Ergothérapeutes	61
Logopédistes et audiothérapeutes	63
Assistants médico-sociaux	64
Besoins et effectifs futurs de certains paramédicaux	66
Besoins hospitaliers	66
Besoins totaux pour certains groupes paramédicaux	67

PAGE

Chapitre 3. CERTAINES CATÉGORIES DE PERSONNEL SANITAIRE PROFESSIONNEL, TECHNIQUE ET AUTRE—*Fin*
Conclusion 70
Autre personnel sanitaire 71
Optométristes 71
Opticiens 75
Verres de contact 76
Podologues 76
Praticiens de la médecine sans médicaments 77
Chiropracteurs 77
Naturopathes 80
Ostéopathes 81
Problèmes spéciaux 82
Titres professionnels 82
Radiographie 83
Services ambulanciers 86

Chapitre 4. LA RECHERCHE SANITAIRE 89
Auspices sous lesquels s'effectue la recherche sanitaire 92
Le gouvernement fédéral 92
Conseil des recherches médicales 93
Fonctions 93
Subventions 93
Soutien personnel 94
Administration et évaluation 95
Comité associé de la recherche dentaire du Conseil national de recherches 96
Fonctions 96
Subventions 96
Soutien des chercheurs 96
Administration et évaluation 97
Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social 98
Recherches extérieures 98
Recherches intérieures 99
Conseil de recherches pour la défense 99
Ministère des Affaires des anciens combattants 100
Fonds de la Reine Élisabeth II pour la recherche sur les maladies des enfants 100
Organismes provinciaux de la santé 101
Organismes et fondations bénévoles 101
Organismes étrangers 103
Dépenses consacrées à la recherche sanitaire 103
Dépenses fédérales 103
Organismes et fondations d'ordre provincial et bénévole 105
National Institutes of Health 105
Total des dépenses affectées à la recherche sanitaire 107
Insuffisance du soutien de la recherche sanitaire au Canada 108
Manque de personnel et d'installations 110
Autres problèmes 114
Effectif futur de scientistes médicaux et dentaires 115
Dépenses projetées en recherches médicales et dentaires, en 1961–1971 117
Investissements futurs affectés à la recherche médicale et dentaire 121
Hôpitaux 122
Écoles de médecine 122
Écoles d'art dentaire 123
Recherche et qualité des soins de santé 124

PAGE

Chapitre 4. LA RECHERCHE SANITAIRE—*Fin*
Conseil de recherche en sciences de la santé 125
Organisation 125
Fonctions 127
Dons privés à la recherche sanitaire 129
Conclusion 130

Chapitre 5. STATISTIQUES SUR LA SANTÉ 133
La situation actuelle 133
Amélioration des statistiques sur la santé 137
Besoins futurs dans le domaine de la statistique 138
Organisation de la statistique 142
Statistique canadienne de la santé 143
Conclusion 149

Chapitre 6. ORGANISMES DE SANTÉ BÉNÉVOLES 153
Introduction 153
Développement des activités bénévoles 154
Champs d'action des organismes bénévoles 163
Services directs assurés aux malades 163
Services de dépistage, de diagnostic, de traitement et de réadaptation 163
Soins infirmiers communautaires 165
Services d'aides familiales 166
Service de transfusion de sang de la Croix-Rouge 167
Matériel de malade, matériel de soins à domicile, appareils 168
Services de transport, foyers, ateliers protégés 169
Recherches et formation du personnel sanitaire 172
Recherches 172
La formation du personnel sanitaire 173
Information du public, enseignement de l'hygiène et premiers soins 175
Sources et répartition des fonds 179
Sources des fonds 180
Répartition des fonds 188
Organisation 189
Organismes de santé bénévoles dans certains pays dotés d'un régime de santé complet 191
Royaume-Uni 192
Danemark 193
Suède 195
Norvège 195
Nouvelle-Zélande 195
Israël 195
Conclusion 197

Chapitre 7. ORGANISATION DES SERVICES DE SANTÉ 201
Tendances récentes de l'organisation dans le monde des affaires et du gouvernement 203
Tendances récentes de l'organisation des services de santé 205
Organisation future des services de santé 212
Prestation des services de santé 212
Administration et planification des services de santé 216
Administration provinciale 218
Administration fédérale 222
Conseils de planification de la santé 224
Collaboration fédérale-provinciale 228

PAGE

Chapitre 7. ORGANISATION DES SERVICES DE SANTÉ—*Fin*
Description sommaire des organismes administratifs dans le domaine de la santé 230
Commissions provinciales des services de santé 230
Conseils provinciaux de planification de la santé 232
Conseils régionaux et locaux de planification de la santé 233
Ministères provinciaux de la santé 233
Le ministère fédéral de la Santé 234
Conseil canadien de planification de la santé 235
Conseil de recherche en sciences de la santé 235
Comité fédéral-provincial de coordination des services de santé 236
Conférence fédérale-provinciale des ministres de la Santé 236
Conclusion 236

Chapitre 8. COORDINATION DES SERVICES DE SANTÉ AU NIVEAU COMMUNAUTAIRE 241
Introduction 241
Prestation actuelle des services de santé locaux 241
Schèmes nouveaux des services de santé locaux 244
L'omnipraticien 245
L'exercice groupé 250
Soins à domicile 250
Services préventifs 252
Réadaptation 254
La coordination et l'administration des services de santé 259
L'organisation régionale ou municipale 261
Conclusion 263

Chapitre 9. LES SERVICES DE SANTÉ DANS LES RÉGIONS SEPTENTRIONALES 265
La signification du Nord 265
Problèmes de santé 269
Services de santé requis 271
Circuits aériens organisés de services de santé 273
Autres services 273
Effectifs 274
Intégration de la planification et des services 276
Coûts 278
Le Nord au Canada et ailleurs 280
Recommandations 284
Conclusion 289

Chapitre 10. RECOMMANDATIONS 293

Appendices
Appendice A—Personnel de la Commission 305
Appendice B—Études réalisées pour la Commission 307
Appendice C—Liste des tableaux 309
Appendice D—Index du volume I 311
Appendice E—Index du volume II 351

AVANT-PROPOS

En exécution de son mandat, contenu dans le décret en Conseil C.P. 1961-883, notre Commission a présenté son rapport en deux volumes. Le volume I, déposé à la Chambre des communes le 19 juin 1964, présentait notre principale analyse des problèmes de santé auxquels les Canadiens doivent faire face, ainsi que le type et l'étendue des services de santé qui leur sont disponibles, les lacunes et les insuffisances de ces services et ce que nous considérons comme le meilleur moyen de faire face aux besoins du pays dans les diverses régions, maintenant et à l'avenir, de façon à assurer que les *meilleurs soins de santé possibles soient accessibles à tous les Canadiens.* Ce second volume complète notre analyse dans les domaines qui n'ont pas été étudiés au volume I et termine notre rapport.

Nous exposons au chapitre 1 quelques-unes des exigences de base du Régime complet de soins de santé que nous avons recommandé au volume I, exigences dont nous avons traité dans l'analyse de ce volume, y compris la qualité des services de santé et la liberté tant des fournisseurs que des consommateurs des services de santé.

Nous présentons ensuite aux chapitres 2 et 3 les exigences quant aux effectifs de la santé que nous n'avons pas vus en détail auparavant, c'est-à-dire les pharmaciens, le personnel paramédical, les optométristes, les opticiens, les podologues, le personnel ambulancier et les praticiens sans médicaments, y compris les chiropracteurs, les naturopathes et les ostéopathes.

L'expansion et l'organisation de la recherche en matière de santé ainsi que l'intégration et la mise au point de la statistique de la santé font l'objet des chapitres 4 et 5, tandis que l'importance accrue des organismes bénévoles de la santé dans le cadre d'un régime complet de soins de santé, constitue le sujet du chapitre 6.

Les chapitres 7, 8 et 9 traitent de la planification, de la coordination et de l'organisation des services de santé aux niveaux fédéral, provincial, local et communautaire, avec une insistance particulière sur les besoins des régions septentrionales.

Nous avons présenté au chapitre 2 du volume I nos recommandations 1 à 200. Nous offrons des recommandations supplémentaires portant les numéros 201 à 256 au volume II. Les raisons qui motivent ces recommandations sont expliquées aux endroits appropriés du texte. Au chapitre 10, nous réunissons ces recommandations 201 à 256 et nous incluons les addenda aux recommandations 59, 61, 62, 80, 109 et 195 du volume I.

En préparant l'évaluation globale des frais des régimes de soins de santé pour les Canadiens, nous avons prévu les recommandations qui sont comprises au volume II[1]. Il faudrait augmenter un peu ces chiffres en vue des implications financières de l'expansion des programmes de recherche et d'hygiène publique, de la fourniture de bibliothèques médicales et de certains besoins spéciaux pour fournir des services appropriés de santé dans les régions septentrionales; ces recommandations sont contenues au volume II. Les sommes en cause, bien qu'elles soient substantielles par elles-mêmes et d'une grande importance pour le succès de ces programmes, sont comparativement petites en rapport avec la dépense totale, de sorte que, comme nous l'avons dit au volume I, les chiffres que nous avons soumis plus tôt peuvent pratiquement être considérés comme le coût total des régimes.

Dans la préparation du rapport de la Commission, nous avons eu l'aide compétente de notre personnel, dont on trouvera la liste à l'appendice A du présent volume[2] et l'aide inestimable de nombreux spécialistes qui ont préparé pour nous seuls ou en équipes, vingt-six études dont on trouvera la liste à l'appendice B[3]. En particulier, nous tenons à exprimer notre appréciation pour l'aide précieuse reçue du Dr J. J. Madden de l'Université Western Ontario. La Commission a tenu 67 jours d'audiences publiques dans toutes les provinces du Canada et au Yukon[4], et elle a reçu des mémoires et entendu les représentants de 406 organismes et particuliers[5], dont on trouvera les listes aux appendices D et E du volume I.

Nous avons souligné au volume I[6], et nous voulons répéter ici, que le temps est d'importance primordiale dans l'établissement de certains services de santé, comme la mise en œuvre des programmes accélérés pour la formation du personnel de la santé, l'expansion et l'organisation de la recherche en matière de santé, la mise sur pied de régimes de soins dentaires pour les enfants et la prestation de services de santé augmentés pour les enfants arriérés et infirmes, de même que l'expansion des services de santé dans le Nord. Une urgence semblable s'applique à l'extension de la portée de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques, particulièrement l'inclusion de services hospitaliers d'hygiène mentale aux termes de cette Loi. En fait, nous nous réjouissons de l'initiative prise par certains gouvernements provinciaux qui procèdent à l'établissement de programmes étendus de formation du personnel de santé, et nous pensons particulièrement au programme audacieux impliquant 100 millions de dollars annoncé récemment par le gouvernement de l'Ontario.

Dans d'autres domaines, qui ne sont pas moins importants pour l'établissement de services de santé complets et efficaces pour tous les Cana-

---

[1] Voir volume I, p. xxii.

[2] Il y a eu certains changements dans le personnel depuis la préparation du volume I (voir appendice C, volume I, p. 892).

[3] Pour des remerciements détaillés, voir le volume I, appendice A, pp. 885 à 889.

[4] Voir volume I, appendice D, p. 893.

[5] *Ibid.*, appendice E, pp. 894 à 906.

[6] *Ibid.*, chapitre 2, pp. 92 à 94.

diens, il faudrait procéder avec circonspection étant donné les répercussions importantes à long terme qu'auraient les régimes complets que nous avons recommandés. Nous croyons que l'établissement complet des régimes peut prendre sept ans de sorte qu'en 1971 les Canadiens bénéficieraient de tous les services de santé que le génie scientifique et l'habileté humaine peuvent créer. Nous avons aussi prouvé, étant donné la continuation de l'expansion économique de notre pays, qui est entièrement réalisable, que le Canada aura les moyens, en termes de personnel compétent, d'installations et de financement pour entreprendre ces programmes sans nuire d'aucune façon à la capacité économique et la perspective de croissance de notre pays, mais au contraire en les renforçant.

Nous avons recommandé au volume I qu'une Conférence fédérale-provinciale soit convoquée dans les six mois du dépôt de ce volume, pour amorcer la planification et prendre les dispositions fiscales nécessaires à la mise en œuvre coordonnée de l'ensemble du régime et pour en venir à un accord sur la réalisation des régimes de services de santé que nous avons recommandés[1].

Une conférence préliminaire et exploratoire a déjà été tenue et le gouvernement du Canada a annoncé que d'autres conférences sont prévues. Nous ne saurions trop insister sur le fait que le programme que nous avons recommandé n'atteindra son objectif, soit *les meilleurs soins de santé possibles pour tous les Canadiens,* que s'il est réalisé en collaboration par les gouvernements fédéral et provinciaux et en entière consultation avec les professions de la santé qui sont les fournisseurs de ces services. Il faut tenir compte de la responsabilité primordiale des provinces dans le domaine des services de santé ainsi que de l'évolution des accords fiscaux fédéraux-provinciaux et des dispositions constitutionnelles. La procédure d'option qui se développe actuellement en ce qui a trait aux programmes conjoints fédéraux-provinciaux est selon nous entièrement compatible avec les objectifs généraux des Régimes complets de soins de santé recommandés par la Commission; nous expliquons ce point au chapitre 10[2].

Les besoins de santé se modifieront, de même que les moyens d'y faire face. L'organisation, les méthodes de paiement et leur répartition entre les secteurs publics et privés, seront modifiées. Les programmes conjoints fédéraux-provinciaux peuvent devenir des programmes coopératifs. Mais quelle que soit la méthode, il faut avant tout fournir aux Canadiens les régimes complets de soins de santé que les Canadiens veulent et que l'économie est capable de fournir.

Pour que le régime soit vraiment efficace et pour qu'il soit réalisé dans la limite de sept ans que nous avons proposée, il faudra de la souplesse de la part de ceux qui établiront les régimes, la volonté de faire des concessions et la réalisation que la santé, comme la prospérité et le bonheur, est indivisible.

---

[1] Voir volume I, chapitre 2, p. 93.

[2] Voir l'addenda à la recommandation 195, p. 302.

1

Exigences de base

Le présent second volume du Rapport de la Commission répond à plusieurs fins dont les plus importantes sont les suivantes:

1. traiter les secteurs des services de santé et les catégories de personnel sanitaire que nous n'avons pu traiter pleinement dans le volume I,
2. présenter des propositions au sujet de l'organisation et de l'administration des régimes de services de santé dont nous avons recommandé l'établissement.

D'après son mandat, la Commission a pour mission de recommander les mesures qui assureront «les meilleurs soins de santé possible à tous les Canadiens». Nous avons pensé que «meilleurs possible» signifiait «de la plus haute qualité possible». Pour nous, la qualité est l'élément le plus essentiel des services de santé et il faut aiguiller constamment vers cette fin chaque aspect des régimes.

La liberté des professions sanitaires et la liberté des citoyens en tant qu'éventuels malades sont solidaires de la qualité. Ces libertés, il faut les énoncer dans la législation constitutrice des régimes, les sauvegarder par des cadres d'organisation appropriés et les respecter mutuellement. Pour réaliser l'objectif premier qu'est la qualité, il nous faut la participation la plus entière, à l'échelon de la planification et de la mise en œuvre, des professions sanitaires, des organismes de santé, des organismes privés, des gouvernements et du public. Ce que cela signifie, nous l'exposons en gros dans le présent chapitre et en détail dans les chapitres 7 et 8.

LA QUALITÉ

La qualité dépend avant tout de l'effectif, de la disponibilité, du savoir, de la technique et du dévouement des praticiens; elle dépend ensuite des moyens dont ils disposent et, en troisième lieu, de l'organisation des services. La formation des praticiens dépend de la valeur des écoles professionnelles et il y existe un lien étroit entre la qualité de l'enseignement et la somme et la qualité des recherches connexes qui s'y effectuent. Une

fois diplômé, le praticien trouve dans les exigences de sa profession, les normes de l'homologation, l'accréditation des hôpitaux, les comités professionnels, les œuvres d'enseignement permanent, et le reste, des moyens qui l'aident à maintenir et à augmenter la qualité de ses services.

On ne saurait donc trop souligner, au sujet de la qualité, que la qualité des services assurés dépend des professions médicale, dentaire et infirmière et des autres professions sanitaires. A en juger d'après le passé, la Commission est convaincue que, grâce à l'établissement des installations nouvelles et meilleures, de l'aide financière et des cadres d'organisation que nous avons recommandés, les professions constitueront, par l'action de chacun de leurs membres et par leur action collective, une garantie adéquate que la qualité des services continuera de s'améliorer et même à un rythme plus rapide que dans le passé.

Les divers facteurs qui ont contribué à relever la qualification du personnel sanitaire et à améliorer les installations ont fort impressionné la Commission. Ses recommandations visent à améliorer la qualité de l'enseignement, à assurer plus de ressources à l'enseignement permanent, à amplifier la recherche, à faire effectuer des enquêtes plus complètes sur les hôpitaux, à conférer plus de pouvoirs aux organismes professionnels dans l'exercice d'un contrôle des normes et de la discipline, à améliorer les installations des hôpitaux et des cabinets de groupe et à permettre aux professions sanitaires, en particulier la profession médicale, de participer davantage à la planification et à l'établissement des régimes de soins de santé.

Il existe, cependant, un autre élément indispensable à la haute qualité des soins de santé: temps suffisant pour l'étude du mal dont souffre le malade, pour le diagnostic et pour le traitement qui s'impose. C'est un élément qui soulève automatiquement la question des effectifs du personnel sanitaire par rapport aux exigences des malades. Au cours de nos audiences, on a dit qu'on craignait que l'introduction d'un régime universel de services médicaux n'imposât à la profession médicale une tâche qui la submerge et qui n'amène automatiquement la dégradation de la qualité des services. La Commission a recommandé l'établissement de régimes universels en étant bien au fait de ces appréhensions; elle a tenu compte de tous les témoignages qu'elle a entendus et, notamment, des suivants:

1. L'Association médicale canadienne a dit: «Une assurance destinée à payer d'avance le coût des services médicaux devrait être accessible à tous, sans égard à l'âge, à l'état de santé ni à la situation de fortune[1]»;
2. La *Canadian Health Insurance Association* a dit: «(1) Le régime rendra l'assurance médicale accessible à chacun au Canada. (2) Les sociétés d'assurance mettront à la disposition de chacun, quels que soient son âge, son état de santé, sa profession ou le lieu qu'il

[1] *L'Association médicale canadienne*, mémoire présenté à la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Toronto, mai 1962, p. 79.

habite, deux polices normales d'assurance médicale qui sont expliquées à l'appendice II. Ces polices pourront s'obtenir sur une base individuelle ou familiale[1]»;

3. le régime de l'Alberta, conçu en collaboration avec l'Association médicale canadienne et l'industrie des assurances, vise à couvrir tous les résidents de l'Alberta, ceux qui paieront eux-mêmes la prime et ceux que le gouvernement subventionnera;
4. le projet de loi de l'Ontario vise aussi à couvrir chacun et prévoit deux catégories: ceux qui paieront leur prime et ceux qu'il faudra subventionner. L'Association médicale canadienne et l'industrie des assurances appuient le projet.

Il est clair que les deux associations et les deux gouvernements veulent que chaque Canadien ait de fait ou en droit une assurance qui lui permette de demander les services du médecin et reçoive ensuite les services qui, de l'avis du médecin, s'imposent. En préconisant ces propositions et en appuyant les deux régimes, l'Association médicale canadienne et les porte-parole de l'industrie des assurances sont manifestement favorables à la couverture universelle; ces propositions impliquent, par conséquent, que la profession médicale est confiante qu'elle est aujourd'hui en mesure de répondre à *tous les besoins des Canadiens en services médicaux et chirurgicaux dans le cadre d'une assurance.*

Les régimes de Services médicaux recommandés par la Commission[2] visent à réaliser cet objectif, c'est-à-dire *répondre à tous les besoins médicaux de tous les Canadiens dans le cadre d'une assurance.*

Nous concluons donc que, si les porte-parole de la profession médicale sont confiants que la profession peut répondre à tous les besoins des Canadiens dans le cadre de régimes de paiement par anticipation établis sous les auspices de la profession et avec le concours de l'industrie des assurances, il n'y a pas lieu, alors, d'être moins confiant que la profession médicale puisse répondre aux besoins dans le cadre des régimes de services médicaux recommandés par la Commission.

Cependant, même si la demande de services médicaux doit être la même, peu importe que la couverture universelle soit instituée sous les auspices d'un régime privé, d'un régime d'assurance privé ou d'un régime gouvernemental, la question du volume de la demande mérite qu'on s'y arrête davantage.

La question est de savoir combien plus de soins seront demandés dans le cadre du paiement par anticipation universel des soins. La réponse dépend évidemment de la demande qui viendra de ceux qui ne sont pas actuellement assurés et qui ne se heurteront plus à une barrière économique. Cette demande se rattache manifestement à la somme des soins qu'ils reçoivent déjà.

---

[1] *Canadian Health Insurance Association*, mémoire présenté à la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Toronto, mai 1962.

[2] Voir volume I, chapitre 2, recommandation 1, p. 19 et recommandations 30 à 38, pp. 32 à 35.

Le mémoire de l'Association médicale canadienne est explicite sur ce point:

> Il faut dire dès le début qu'il y a relativement très peu de Canadiens que l'incapacité de payer les services du médecin empêche d'obtenir les soins médicaux qu'il leur faut. Les médecins canadiens se font un point depuis très longtemps de traiter le malade sans égard à sa situation de fortune et continueront de le faire quand les circonstances le justifieront[1].

En d'autres termes, la profession est convaincue qu'elle répond aux besoins essentiels de la population non assurée, malgré les graves conséquences économiques que peuvent supporter certains malades et le fardeau de charité ou de subventionnement supporté par la profession dans le cas d'autres malades.

Nous savons, cependant, que les personnes non assurées reçoivent moins de soins que les personnes assurées[2], et il faut se demander si les 41 p. 100 de la population qui n'ont *aucune* assurance médicale de quelque sorte devraient en fait recevoir moins de soins que les 59 p. 100 de la population qui est couverte de quelque façon[3]. De l'avis de la Commission, la réponse est «non». Les non-assurés ont besoin des mêmes services de santé dont peuvent bénéficier les assurés et le régime de paiement par anticipation que nous recommandons vise à faire en sorte que le volume de services essentiels reçus par les non-assurés soit éventuellement à peu près égal à celui des soins essentiels reçus par les personnes qui sont suffisamment assurées.

La question qui se pose ici, cependant, est de savoir si le paiement par anticipation encourage ou amène les gens à demander un fort volume de soins médicaux inutiles simplement parce qu'est supprimée la barrière économique qui gêne leur accès à un service désirable. La demande accrue qui résulte de l'institution d'un régime d'assurance universel est-elle une demande de services de santé qui ne sont pas essentiels?

Certains membres de la profession médicale au Canada ont récemment affirmé que l'établissement d'un régime complet et universel d'assurance médicale amènerait l'utilisation sans nécessité de services de santé; ils proposent, comme remède, d'obliger le malade à payer une partie des honoraires au moment où il reçoit des soins afin de l'amener à faire preuve de plus de retenue dans les soins qu'il demande.

---

[1] *L'Association médicale canadienne, op. cit.*, p. 81.

[2] Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social et Bureau fédéral de la statistique, *Volume of Health Care for Insured and Non-insured Persons*, Enquête sur la maladie au Canada 1950-1951, p. 14. Ottawa, Imprimeur de la Reine, août 1961.

[3] En 1961, plus de 7.5 millions d'habitants, ou 41 p. 100 de la population, n'avaient aucune sorte d'assurance médicale, 1.0 million (6 p. 100) étaient couverts du fait de leur appartenance aux Services armés, à la G.R.C. et à la Région sanitaire de Swift Current ou du fait des régimes d'aide aux Indiens, aux Esquimaux, aux pensionnaires d'institutions et aux assistés sociaux, 9.7 millions (53 p. 100) étaient couverts par des assurances commerciales ou des régimes de paiement par anticipation, mais une tranche importante de ces derniers ne l'étaient qu'incomplètement. Voir volume I, chapitre 18, p. 746.

Avant d'appliquer un tel remède, il est indispensable d'être absolument certain de la nature exacte du problème et, si le problème est bien défini, de l'à-propos du remède.

On peut se rendre compte, d'après les observations du directeur médical d'un des plus grands régimes d'assurance médicale du Canada au sujet de l'utilisation du régime, que le problème est mal posé. Il s'agit du Dr W. B. Stiver, directeur médical des *Physicians Services Inc.*, de Toronto; dans le numéro du 13 juillet 1963 de *News & Views on the Economics of Medicine,* publication rédigée par le Service de l'économique médicale de l'Association médicale canadienne, il écrivait ce qui suit:

> Certains membres de la profession médicale semblent croire, comme d'ailleurs certains profanes intéressés, que l'utilisation outrée tient entièrement aux programmes de nos régimes établis sous les auspices des médecins au Canada, régimes qui assurent à des groupes d'employés des soins médicaux complets, y compris la couverture du premier dollar d'honoraires. A entendre les tenants de cet avis, on croirait qu'il n'y avait pas utilisation outrée des soins médicaux avant l'avènement de nos régimes. Nous savons que tel n'est pas le cas. Nous savons tous que la nature de l'exercice des divers membres de la profession varie grandement. Nous voyons tous les jours des exemples du médecin, peut-être incertain de l'avenir, qui, par enthousiasme ou pour quelque autre raison, assure trop de services à la majorité de ses clients. Ce praticien, il existe chez nous depuis de très nombreuses années et depuis bien avant l'établissement par la profession de régimes d'assurance médicale complets fondés sur le «service». Nous savons aussi qu'une certaine tranche de la population a toujours demandé beaucoup de soins médicaux et continuera d'en demander outre mesure si la profession n'y voit pas. A mon avis, tels sont les deux facteurs fondamentaux qui interviennent dans l'utilisation des régimes.

Le problème est aussi mal posé en ce qu'il tient pour acquis que ce ne sont que les pauvres qui «abusent». Ce ne sont manifestement que les gagne-petit pour qui le paiement partiel des soins aurait quelque importance économique et qu'il amènerait à ne pas utiliser les services de santé. Les enquêtes pratiquées sur l'utilisation des services médicaux montrent, cependant, qu'il existe une corrélation extrêmement élevée entre revenus élevés et grande utilisation des services[1].

Dans la mesure où l'utilisation outrée ou la demande sans nécessité de services posent un problème—et on ne saurait le nier, même s'il est limité—c'est un problème qui se rencontre chez les gens de toutes les classes de revenus et non pas uniquement chez les pauvres.

Même s'il y a un problème, il reste à décider si le paiement partiel en est le remède. Il semble encore à la Commission que les vues du

---

[1] Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social et Bureau fédéral de la statistique, *Illness and Health Care in Canada,* Enquête sur la maladie au Canada 1950-1951, Ottawa, Imprimeur de la Reine, juillet 1960, pp. 49, 53 et 55, et Statistique sanitaire provenant de l'Enquête sur la santé nationale aux États-Unis, *Medical Care, Health Status, and Family Income,* États-Unis, Séries 10—nº 9, département de la Santé, de l'Éducation et du Bien-être social, Service de la santé publique, Washington (D.C.): Bureau des impressions du gouvernement des États-Unis, 1964, p. 24.

Dr Stiver, fondées sur sa vaste expérience, ne peuvent se discuter quand il affirme dans le même article ce qui suit:

> Certains, dans la profession médicale, sont d'avis aujourd'hui que le remède à l'utilisation outrée des services médicaux fournis par l'assurance médicale complète est une combinaison de préventifs, de quotes-parts et de coassurance, combinaison qui porte le nom raffiné de «participation du malade». Il me semble que cet avis se fonde uniquement sur des impressions. Je ne connais pas de publication canadienne ou américaine qui indique que la participation du malade ait quelque influence véritable sur l'utilisation des services. On nous dit qu'elle en exerce une, mais je n'ai pas encore vu d'étude à l'appui de cette impression.

Force nous est donc de conclure que le paiement partiel ne ferait que gêner le pauvre et ne réduirait en rien les exigences inutiles des gens à revenu moyen ou élevé. Le Canada continuerait simplement à rationner les services de santé *d'après la capacité de payer;* c'est une ligne de conduite que les mémoires présentés à la Commission ont dénoncée de façon écrasante.

La thèse est complètement à rejeter parce que le problème est mal énoncé.

Comme on le mentionne, le remède à la demande et à l'utilisation outrées de services qui peuvent exister se trouve dans un «contrôle exercé par la profession médicale». Par bonheur, il existe un élément régulateur—le régime du rendez-vous—qui est une caractéristique de l'exercice de la médecine au Canada. On affirme souvent que l'introduction au Canada d'un régime de paiement par anticipation universel aura pour effet que le cabinet des médecins au Canada débordera de gens qui attendent «comme c'est le cas du cabinet de l'omnipraticien en Angleterre». Ce qu'on oublie, c'est que l'omnipraticien en Angleterre ne donne que rarement rendez-vous à ses clients. C'est pourquoi, si le cabinet du médecin en Angleterre *déborde* de gens, c'est manifestement en partie parce que le médecin n'a aucune idée du nombre de malades qui se présenteront chaque jour. Les choses sont différentes en Angleterre et, partant, n'ont aucun rapport avec la situation au Canada.

Sauf dans les cas d'urgence, qui n'augmenteront pas du seul fait de l'assurance universelle, la grande majorité des malades au Canada se présentent chez le médecin sur rendez-vous. C'est ainsi que les médecins peuvent surtout restreindre le nombre de malades qu'ils voient chaque jour en limitant le nombre de personnes auxquelles ils donnent rendez-vous. Certes, les consultations sur rendez-vous sont interrompues par des consultations d'urgence, des appels téléphoniques, des demandes en vue d'autoriser le renouvellement d'une ordonnance, et le reste. Ceux que le médecin ne peut voir immédiatement doivent attendre qu'il leur fixe un rendez-vous.

Après l'introduction de l'assurance universelle, il y en a, dans les débuts, qui devront attendre plus longtemps pour être reçus. A notre avis, cependant, c'est là une façon plus équitable d'assurer les services du médecin

que ne l'est le facteur décisif actuel, c'est-à-dire la capacité ou, plutôt, l'incapacité de payer[1].

De combien la période d'attente sera-t-elle allongée dans les débuts, c'est-à-dire dans les premiers cinq ans? Sans tenter de répondre quantitativement à la question, on peut souligner certains points:

1. Les consultations à domicile et de nuit en sont manifestement deux sortes qui retiennent le plus longtemps et qui accablent le plus le médecin. Cependant, grâce aux changements apportés au diagnostic et aux méthodes de traitement et grâce aux moyens de transport modernes, il est plus facile et plus avantageux de se présenter chez le médecin ou de se faire transporter au service externe d'un hôpital où l'on trouve, dans les deux cas, des moyens de diagnostic et de traitement. La spécialisation de plus en plus poussée de la profession valorise les services assurés en cabinet et en hôpital par rapport aux visites à domicile[2].
2. Les visites de nuit ne devraient pas beaucoup augmenter simplement parce qu'il ne se produira pas d'augmentation relative des urgences qui les exigent. Les cas d'urgence (crises cardiaques, attaque d'apoplexie, angoisses extrêmes, accouchements précipités, etc.) continueront d'être imprévisibles, mais l'assurance universelle n'augmentera pas les besoins qui en découleront. Nous savons que ces faits, comme les accidents, les épidémies et les calamités, se traduisent déjà par une demande réelle.
3. D'après la statistique de l'utilisation des services sous le régime de l'assurance, il saute aux yeux que l'assurance ne détermine pas aussitôt une demande de soins de la part de gens qui se sont abstenus de se faire traiter. Au contraire, la demande augmente graduellement à mesure que les gens en arrivent à mieux connaître les services accessibles et l'utilisation qu'ils peuvent en faire. La statistique du Service médical du Manitoba, par exemple[3], montre le bilan suivant de la demande des nouveaux abonnés pour huit ans: *a*) variation presque nulle de la demande de services assurés en hôpital; *b*) montée graduelle des visites à domicile et des consultations en cabinet qui s'est traduite par une augmentation d'environ le tiers; *c*) montée graduelle de la demande de services de laboratoire et de radiologie (augmentation totale de presque 40 p. 100); *d*) progression graduelle de l'ensemble des services (accroissement du

---

[1] Nous pensons surtout à ceux qui n'étant pas assurés et ne pouvant pas payer les services de santé reçoivent peut-être des services insuffisants ou pas de services du tout.

[2] Nous reconnaissons, il va de soi, que le programme de soins à domicile que nous recommandons augmentera le nombre des visites à domicile, mais il épargnera autant sinon plus de visites à l'hôpital.

[3] C. H. Berry, *Assurance médicale privée et paiement par anticipation*, étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, tableau 6-9. Ottawa, Imprimeur de la Reine. (*Sous presse.*)

tiers environ). En d'autres termes, durant les deux ou trois premières années, le nouvel assuré ne bénéficie que des trois quarts environ des soins donnés à la personne qui est assurée depuis sept ou huit ans. La demande de services tient donc en partie à ce qu'on sait au sujet de l'utilisation qu'on peut en faire.

4. En Saskatchewan, d'après la statistique réunie depuis 1962, il ne semble pas que l'introduction du régime ait par trop grevé les médecins et les malades. Si les craintes exprimées sont justes, on aurait pu s'attendre à ce que les médecins fussent débordés. En outre, dans toutes les provinces, sauf celles qui sont situées à l'est du Québec, le rapport médecin/population est égal ou inférieur à celui de la Saskatchewan. La situation dans les provinces de l'Atlantique n'est pas aussi favorable et il faudra donc recruter activement du personnel. Le rythme auquel la demande y augmentera sera affaire d'éducation et de temps comme il est expliqué ci-dessus.

Tels sont, à notre avis, les facteurs à court terme qui joueront immédiatement. Plus tard, mettons après les six ou huit premières années, d'autres éléments interviendront.

Nous avons entendu beaucoup de propos qui revenaient à soutenir que, peu importent ses effets à court terme, l'introduction d'un régime universel de soins de santé fera baisser la qualité des soins durant les dix premières années. Nous repoussons catégoriquement cette idée et nous nous fondons pour cela sur les points suivants:

1. Nul n'a dit que la qualité des soins fléchira si les Canadiens sont tous assurés par des régimes de paiement par anticipation organisés par les médecins et par les assurances commerciales. Nous en concluons donc qu'il n'y a pas du tout lieu de supposer que la qualité des soins baissera si une couverture universelle est assurée dans le cadre d'un régime de paiement par anticipation établi par le gouvernement. Cependant, *si* la qualité des soins doit diminuer de ce fait, il s'agit alors de déterminer pourquoi et d'adopter des mesures non seulement pour empêcher la qualité de baisser, mais aussi pour en assurer le relèvement.
2. Comme nous l'avons dit plus haut, un des grands facteurs qui influent sur la qualité des soins est le temps disponible pour voir les malades et le grand facteur qui détermine le temps disponible est le rapport du personnel à la population servie. A cet égard, la Commission a recommandé de mettre en route un «programme massif» d'expansion immédiate de nos écoles de médecine, d'art dentaire et d'infirmières. La Commission a aussi recommandé d'établir de généreuses subventions à la formation professionnelle afin d'y attirer non seulement les jeunes gens les mieux doués, mais aussi pour assurer l'expansion et le progrès du corps enseignant des écoles professionnelles. Ainsi, par exemple, l'établissement de bourses d'entretien de $2,000 au bénéfice des étudiants en médecine et en art dentaire qui en sont à leurs deux dernières années attirera vers ces

professions une foule de jeunes gens doués qui en sont écartés par le prix prohibitif de la formation professionnelle. La rémunération suffisante des internes et le relèvement des ressources des hôpitaux d'enseignement devraient induire plus de diplômés canadiens à demeurer au pays tout comme le fera l'assistance financière à la spécialisation postuniversitaire. Il existe aussi d'autres facteurs qui amélioreront la qualité et rehausseront l'efficacité et la «productivité» du médecin: établissement continu de nouvelles méthodes de traitement; matériel nouveau et plus efficace; découverte continue de médicaments «merveilleux»; probabilité de la réussite éventuelle de la recherche sur le cancer, les maladies du cœur ou l'arthrite; expansion rapide des cabinets de groupe; suppression de la distance entre malade et médecin grâce aux moyens modernes de communication et de transport; accent nouveau mis sur l'enseignement de l'hygiène; et, facteur non des moins importants, organisation et coordination meilleures de tous les services de santé. Devant toutes ces possibilités, il faudrait grandement manquer d'optimisme pour prêcher le désespoir ou le pessimisme.

3. Du côté positif, encore un autre facteur à retenir est que l'assurance d'une tranche particulière de la population a toujours amené plus de médecins à la servir parce que le revenu du médecin est plus élevé et le recouvrement des créances est plus facile. Dans les trois années qui ont suivi l'établissement du Régime d'assurance médicale de Swift Current, le nombre de médecins exerçant dans la région s'est accru de près de la moitié tandis que la population servie y est demeurée relativement inchangée. En outre, même la situation en Saskatchewan est encourageante. Comme nous le disons dans le volume I, nous sommes d'avis que l'établissement du régime de la Saskatchewan s'est accompagné de beaucoup d'acrimonie et de mésentente inutiles et ne doit donc pas se considérer comme caractéristique. Il n'est pas de régime qui puisse vraiment réussir dans la discorde. Avant et immédiatement après le démarrage du régime, il y a eu baisse du nombre de médecins qui venaient s'établir dans la province et augmentation du nombre de ceux qui en partaient, si bien que la province comptait moins de médecins en 1962 qu'en 1959 (878 contre 972). Cependant, à mesure que le régime s'est bien implanté et que la plupart des inquiétudes au sujet de l'avenir ne se sont pas réalisées, la situation a changé et la province pouvait compter, au 1er juillet 1964, 1,002 médecins, soit 124 de plus qu'en juillet 1962 (dont 49 diplômés du Canada et 75 médecins venus de l'étranger)[1]. Nous pouvons donc espérer que l'assurance universelle au Canada réduira nos pertes actuelles au bénéfice des États-Unis et permettra éventuellement au Canada de se suffire à mesure

[1] Rapport du Collège des médecins et chirurgiens de Saskatchewan, *Saskatoon Star Phoenix*, 4 septembre 1964.

que s'établiront les nouvelles écoles de médecine et que s'agrandiront les écoles en place.

4. Il y a un autre point dont il faut tenir compte, c'est-à-dire les effets éventuels de la médecine préventive moderne sur le volume des soins de santé. Depuis longtemps, la profession médicale et d'autres secteurs d'action sanitaire appliquent des programmes aussi clairvoyants que bienfaisants qui visent à enseigner au public, directement et par le concours des organes de diffusion, qu'il est sage de se faire examiner régulièrement par le médecin et de le consulter sans tarder dès les premières manifestations d'une affection. Aussi le public est-il de plus en plus au fait de l'importance qu'il y a à consulter le médecin dans les débuts et régulièrement. Ce lien plus étroit entre les gens et les médecins est de bonne augure, c'est-à-dire qu'il contribuera à améliorer la qualité des services médicaux et à réduire la durée des traitements nécessaires et les frais encourus lorsqu'on n'agit pas aussitôt.

La Commission ne tient pas à créer l'impression qu'elle croit que l'effort qui sera demandé à nos ressources sanitaires n'augmentera pas. Au contraire, c'est l'objet du régime d'accroître les services en assurant la satisfaction de tous les vrais besoins de santé. La Commission ne croit pas non plus qu'il ne s'exerce de plus grandes pressions sur le personnel sanitaire. Les médecins seront mis à forte contribution tout comme ils le sont aujourd'hui. Le cabinet débordant de clients n'est pas quelque chose de nouveau. C'est la situation normale depuis la fin de la seconde Guerre mondiale. La Commission croit, cependant, que la demande ne sera pas excessive dans les débuts et qu'elle se développera graduellement. D'autre part, l'expansion des maisons d'enseignement que nous recommandons assurera les effectifs additionnels nécessaires pour répondre aux besoins nouveaux et pour assurer, au médecin surchargé, du temps non seulement pour s'acquitter de ses fonctions professionnelles, mais aussi pour mener une vie normale au sein de sa famille et pour continuer à augmenter son savoir et à effectuer des recherches.

LIBERTÉ AU SEIN DES RÉGIMES DE SERVICES DE SANTÉ

La qualité des soins de santé et leur accessibilité à tous, tels sont les deux éléments du thème central du volume I de notre rapport. L'autre grand thème est celui de la liberté. Au lieu d'envisager une organisation bureaucratique monolithique et centralisée, nos recommandations, au sujet des services de santé, sont caractérisés par un désir d'impartir de la diversité et d'assurer la participation des institutions de tous genres—privées, bénévoles, professionnelles et publiques—à la satisfaction des besoins d'ordre sanitaire des Canadiens. La liberté est un élément fondamental des régimes de services de santé. La coordination des services de santé et la planification du

développement des régimes ne doivent pas se concentrer dans le même organisme centralisé. Nous envisageons plutôt la collaboration la plus étroite des professions sanitaires, des organismes privés, du gouvernement et du public dans l'établissement de l'orientation des régimes. La liberté comporte donc trois aspects: 1° son application au médecin, 2° son application au malade et 3° son application à la recherche et au progrès. Nous résumons ici ces points des recommandations de la Commission.

1. *Le médecin*

L'aspect le plus fondamental des régimes recommandés, c'est qu'ils se fondent sur des professions libres, indépendantes et autonomes. L'administration et le paiement des services doivent résulter d'une liaison contractuelle établie à l'amiable et fondée surtout sur le concept des honoraires. Le médecin continue d'exercer privément. Il rend les services que son diagnostic, selon lui, indique d'assurer au malade. L'État n'intervient en rien dans le traitement professionnel de l'affection du malade non plus que dans le caractère confidentiel des relations entre médecin et malade. *Seule la façon dont le médecin est payé est modifiée.* Nul ne peut sérieusement affirmer qu'une méthode particulière de paiement soit sacro-sainte ou ait quelque valeur thérapeutique. En fait, il y a tout lieu de croire que l'absence de l'élément financier au moment où le malade reçoit les soins du médecin exerce un effet salutaire sur le malade et sur les relations entre médecin et malade. En outre, tout médecin est libre d'exercer indépendamment en tout ou en partie du régime. Il y aura sans doute des malades qui, tout en étant couverts par le régime, décideront d'adopter des dispositions financières privées afin de se procurer les services de médecins non conventionnés. En pareils cas, le médecin ne demandera qu'au malade le paiement de ses services. De telles dispositions fonctionneraient indépendamment du régime que nous avons recommandé et ne contrediraient pas notre refus des notes supplémentaires[1].

L'accent qui est mis sur la liberté de l'exercice ne doit pas masquer le fait que le médecin n'est pas seulement un praticien, mais aussi un citoyen. Il a l'obligation morale et sociale de bien exercer et il y va de son intérêt personnel de le faire. L'idée qu'ont certaines gens que le médecin a le droit absolu de fixer ses honoraires à son gré est fausse et est étrangère aux mœurs de nos temps. Ce concept de laisser-faire du XIXe siècle ne peut aucunement, au XXe siècle, s'appliquer à la médecine, à l'art dentaire, au droit ni à une autre profession ni même, en fait, à quelque autre groupement organisé. La médecine organisée est une création statutaire des Législatures et du Parlement. Lorsqu'il accorde à un groupement exclusif le monopole d'un service indispensable, l'État devient automatiquement intéressé à s'assurer si le service est accessible et à quelles conditions[2].

---

[1] Voir volume I, chapitre 2, p. 30.

[2] *Ibid.*, chapitre 1, p. 13, 8 c) et volume II, p. 231 et 232.

2. *Le malade*

Le malade sera aussi libre de choisir son médecin qu'il l'est actuellement, mais il faut retenir que la liberté de chercher à obtenir des services de santé qui s'imposent sera fort accrue, du fait de l'accessibilité des services, pour une tranche additionnelle de dix millions de Canadiens du fait de la suppression de la barrière financière qui se dresse entre malade et médecin.

La méthode du paiement par anticipation ne modifie en rien l'obligation de chacun d'utiliser de façon prudente et sage les services accrus que les effectifs sanitaires grandissants, et surtout les médecins, sont appelés à rendre. C'est un point que nous soulignons tout particulièrement dans le volume I:

> La Commission croit que chacun est responsable de sa santé personnelle et de celle des membres de sa famille; cette responsabilité est capitale dans la mesure des capacités de chacun. Les mémoires présentés par les représentants des professions de la santé et par d'autres spécialistes, de même que les études entreprises par notre personnel de recherche, mettent l'accent sur la grande latitude qu'a chacun de déterminer son état de santé et son bien-être. Depuis la disparition presque totale de la plupart des maladies contagieuses, cette étendue de détermination personnelle a augmenté. L'hygiène personnelle, la propreté du foyer, l'alimentation équilibrée, les précautions prises contre les accidents, le repos suffisant, l'exercice régulier, l'usage judicieux du temps pour les loisirs et les distractions, bref, une vie équilibrée, voilà autant d'éléments qui non seulement importent au plus haut point pour assurer le maintien de la santé, mais qui dépendent grandement de la volonté de chacun et, à notre avis, relèvent clairement de sa responsabilité.
>
> Cependant, à notre époque où le savoir et la technique du médecin sont avancés, tout cela ne suffit pas. Chacun doit voir à utiliser avec sagesse et prudence les services de santé, à se présenter périodiquement chez le médecin et chez le dentiste, à assurer à la mère de famille des soins pré et post-nataux complets, à bien faire immuniser les enfants, et à consulter immédiatement le médecin ou le dentiste dès les premiers symptômes. On ne saurait trop insister sur l'emploi judicieux des services de santé disponibles; si cela se faisait, les gens s'éviteraient beaucoup d'affections graves et d'ennuis. Il va sans dire que, puisque toutes les ressources de santé sont maigres, il incombe à chacun, aussi bien qu'au praticien qui prescrit d'en user, de veiller à faire usage avec prudence et économie des services de santé[1].

Ce concept de la liberté et de la responsabilité de chacun n'entraîne en rien un transfert à l'État des obligations de chacun en ce qui concerne le maintien et l'avancement de sa santé. La responsabilité de chacun demeure souveraine. Jusqu'ici, le principal obstacle au plein exercice de cette responsabilité n'a été supprimé que pour la moitié environ de la population. L'adoption de régimes universels dans tout le Canada le supprimera au bénéfice du reste de la population.

Nous voyons dans la «liberté» du malade le droit de demander des services à qui il le veut, y compris le médecin qui exerce indépendamment

---

[1] Voir volume I, chapitre 1, p. 4.

du régime[1], et le droit d'acheter à son gré des assurances commerciales et autres une couverture additionnelle, y compris le maintien de son revenu en cas de maladie, des services dentaires pour adultes, des soins d'infirmière exerçant à titre privé, etc., tout comme il peut à l'heure actuelle, dans le cadre du régime d'hospitalisation, acheter de l'assurance pour couvrir le coût de la chambre semi-privée ou privée et des soins infirmiers d'ordre privé, etc. Cet état de choses ressemblerait à la situation qui existe depuis quelque temps en Angleterre où l'on peut acheter de l'assurance à l'égard des services reçus d'un médecin autre que celui auprès duquel on est inscrit.

3. *Recherches et innovations*

La Commission reconnaît également que l'avance constante de la qualité et du rendement dépend de l'existence de cadres d'organisation qui assurent la liberté d'effectuer des recherches et d'apporter des innovations, c'est-à-dire la possibilité pour les gens à l'esprit créateur de faire des choses nouvelles ou d'en faire d'anciennes de façon nouvelle. L'existence de dix régimes provinciaux, les façons diverses dont les services de santé peuvent se dispenser dans le cadre de chaque régime et la stimulation de la recherche assurée par le Conseil de recherche en sciences de la santé et par le nombre accru de Centres médicaux universitaires, voilà autant d'éléments qui garantissent davantage l'expérimentation et l'innovation et qui assurent, on ne peut mieux, dans la société contemporaine que l'adaptation au caractère changeant des progrès de demain se fera sans conformisme et sans contrainte.

LES ORGANISMES PRIVÉS

Un autre élément essentiel que comporte le contexte de la liberté est la possibilité pour les organismes privés de jouer leur rôle, avec les praticiens privés et les organismes publics, dans l'organisation et la distribution futures des services de santé.

La Charte de santé des Canadiens met l'accent sur «la nécessité de maintenir et de développer davantage l'œuvre indispensable des organismes privés dans le domaine de la santé» et l'énoncé des concepts de base retenus par la Commission souligne que l'action privée est le grand ressort du progrès dans notre société libre. Tout l'effort de cette action doit continuer de viser trois objectifs:

1. maintenir, développer et transformer les régimes existants;
2. déterminer les besoins insatisfaits;
3. expérimenter et innover dans l'établissement de nouveaux régimes destinés à répondre à ces besoins.

C'est ainsi, avons-nous dit, que le progrès continuera et, croyons-nous, à un rythme accéléré.

---

[1] Voir pp. 10 et 11.

Certes, nous savons que l'établissement de dix régimes provinciaux de services de santé à l'échelle que nous avons recommandée se repercutera forcément sur la plupart sinon la totalité des organismes de santé privés qui existent au Canada. Pour beaucoup, les services complets seront la réalisation d'objectifs auxquels ils s'emploient depuis longtemps et diminueront la nécessité dans laquelle ils se trouvent de recueillir des fonds; pour certains, ils viendront libérer certains fonds qui leur permettront de renforcer d'autres aspects de leur action; pour d'autres, ils auront pour effet d'accroître leurs responsabilités et leur activité parce que les régimes provinciaux feront appel à leurs services.

Certaines gens tendent, malheureusement, à partager l'action dans le domaine de la santé et du bien-être social en action strictement privée et action strictement gouvernementale et à croire, en outre, que l'extension de l'action publique doit s'opérer forcément au détriment ou aux dépens de l'action privée. Quelle que soit la justesse de cette vue ailleurs, elle est tout à fait fausse au Canada. En effet, ce qui frappe le plus au sujet du Canada, c'est la mesure dans laquelle les gouvernements de tous échelons favorisent et secondent le financement des organismes privés, organismes auxquels ils se joignent pour assurer la réalisation d'objectifs communs. Ainsi, par exemple, en 1963-1964, le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social a mis plus de $250,000 de subventions à la disposition des organismes privés d'envergure nationale. L'Institut national du cancer, organisme de recherche privé, reçoit plus de 2.5 millions de dollars par année en subventions fédérales-provinciales. Une tranche d'environ 15 p. 100 des recettes de la Société canadienne de l'arthrite et du rhumatisme vient de sources publiques. De même, le Programme national de subventions à la santé a assuré de l'aide aux fondations provinciales de recherches sur les maladies du cœur ainsi qu'aux sociétés qui s'intéressent aux enfants infirmes, à la paralysie cérébrale, à la tuberculose, à l'hygiène mentale et à la réadaptation. Souvent, cette aide consiste en subventions égales venant des gouvernements fédéral et provinciaux.

Il existe, cependant, d'autres formes de relations entre organisme privé et gouvernement. L'une des plus importantes consiste en l'achat, par le versement d'honoraires, de services assurés par des organismes privés; les plus caractéristiques sont peut-être les services assurés par les organismes d'infirmières visiteuses et d'aides familiales. Un des exemples les plus saisissants de la collaboration privée et publique est sans doute le service de banque de sang de la Croix-Rouge canadienne et des régimes provinciaux d'assurance-hospitalisation. L'organisme privé assurera un service que le gouvernement ne pourrait probablement établir, sinon avec difficulté et à grands frais. Les gouvernements, d'autre part, assument des charges financières qui dépassent les moyens de l'effort privé.

La collaboration s'exerce encore par la nomination de comités consultatifs privés auprès des ministères de la Santé et par la nomination de représentants des gouvernements au conseil d'administration des organismes privés. Ces comités et ces représentants assurent un incessant échange de

renseignements et d'avis et aident beaucoup à favoriser le progrès dans le domaine sanitaire. Nous prévoyons que l'établissement de comités consultatifs et de conseils de planification sanitaire comme il est recommandé ailleurs dans notre rapport[1] déterminera une grande expansion de cette consultation et de cet effort conjoint.

A notre avis, la collaboration entre organisme privés et gouvernements est une excellente caractéristique de notre démocratie canadienne; nous croyons qu'elle se développera. Les organismes privés et publics ont des fonctions particulières et il saute aux yeux, d'après les nombreux mémoires qu'on nous a présentés et nos propres constatations ainsi que d'après l'exemple d'autres pays, qu'on peut mieux relever le niveau de bien-être de tous nos citoyens par l'effort conjugué des particuliers, des organismes privés et des gouvernements que ne peut espérer le faire dans l'avenir prévisible chacun de ces secteurs en agissant séparément.

PLANIFICATION COOPÉRATIVE

Un autre élément destiné à assurer que les régimes de services de santé répondent aux besoins de l'heure et s'adaptent aux besoins de demain est l'établissement de commissions des services de santé représentatives et de conseils d'orientation et de planification sanitaires à l'échelon régional, provincial et fédéral. Ces commissions et conseils permettront pleinement de déterminer les besoins, d'évaluer l'efficacité des régimes et de bien aviser aux nécessités futures. Même si les conseils n'exerceront que des fonctions consultatives, leur autorité dépendra de la sagesse avec laquelle ils mettront à profit les vastes renseignements dont ils disposeront ainsi que de la qualité de leurs avis. A cause des répercussions que leurs avis auront sur l'opinion publique et sur les commissions, les conseils devraient pouvoir influer énormément sur la disponibilité et la qualité des services. Les membres des conseils sauront que l'intérêt bien compris du public sera servi le mieux si les régimes de santé atteignent une telle excellence que les gens sont bien servis et que les professions se font tellement attrayantes que le recrutement annuel d'aspirants très doués ne cesse d'augmenter.

Les conseils deviendront d'importants forums où des profanes éclairés et les représentants des professions sanitaires, des associations privées et des gouvernements se réuniront pour examiner, étudier et peser la situation des services de santé et en planifier l'amélioration. Grâce à un échange libre et complet de renseignements entre ces divers éléments ainsi qu'entre les conseils fédéral, provinciaux et régionaux, la planification des services de santé au Canada devrait aller de l'avant en se fondant sur les réalités et sur une vue bien informée des buts, des méthodes et des coûts, ce qui ne se faisait pas auparavant.

---

[1] Voir chapitres 7 et 8.

LA RECHERCHE

La recherche et l'instruction sont les deux moteurs du XXe siècle. C'est à ces deux forces que tient la progression extraordinaire des sciences, de la technique et des activités dont dépendent tellement nos services de santé.

Même si le Canada a tout lieu d'être fier de l'apport scientifique de plusieurs de ses chercheurs dont quelques-uns sont connus dans le monde entier, les installations et les ressources financières nécessaires pour soutenir la recherche sanitaire ne sont pas allées de pair avec l'expansion des besoins dans ce domaine dynamique. On nous a dit, en particulier, que les professeurs de nos écoles de médecine qui sont doués pour effectuer des recherches de grande valeur manquent de personnel, si bien que leurs charges d'enseignement et d'administration réduisent leur production en fait de recherches. L'insuffisance du budget de l'enseignement se traduit par la perte de Canadiens de grande promesse au bénéfice des États-Unis[1].

Les gouvernements du pays n'accordent manifestement pas la priorité aux besoins de la recherche sanitaire malgré les grandes sommes qui sont vouées aux services de traitement. En 1962-1963, le gouvernement fédéral n'a consacré au soutien de la recherche médicale et dentaire—y compris la recherche pharmacologique—qu'une somme de 11.3 millions dont une tranche de 8.5 millions est allée aux universités et aux institutions qui leur sont associées[2]. A cause du caractère limité du soutien ainsi accordé, la recherche sanitaire dans les universités se trouve limitée du fait de l'impossibilité où elles sont d'engager du personnel qualifié et de la difficulté qu'éprouve le personnel des universités à obtenir suffisamment de fonds pour la recherche.

Le soutien limité accordé par nos gouvernements[3] est compensé dans une certaine mesure par les subventions qui viennent du gouvernement américain par le canal des *National Institutes of Health*. Ces dernières années, ces instituts ont fourni de fortes sommes destinées à soutenir la recherche effectuée dans le domaine de la médecine, de l'art dentaire et d'autres sciences par des Canadiens dans nos universités. En 1962-1963, le soutien ainsi assuré a totalisé 2.3 millions.

Depuis la parution du volume I de notre rapport, cependant, le gouvernement américain a indiqué qu'il entendait modifier sa ligne de conduite; dorénavant, les Canadiens seront admis à toucher de moins en moins de fonds américains destinés à la recherche. Le malheur n'est pas simplement

---

[1] J. A. MacFarlane, *et al.*, *La formation médicale au Canada*, étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, chapitre 10. Ottawa, Imprimeur de la Reine. (*Sous presse.*)

[2] Voir chapitre 4, tableau 4-3, p. 105.

[3] Même s'il est difficile de se prononcer de façon catégorique sur les urgences en matière de recherche, il vaut la peine de signaler que le gouvernement américain affecte 4.8 p. 100 de toutes ses dépenses de recherche à la santé et au bien-être social et le gouvernement canadien, seulement 2.0 p. 100. Voir Organisation pour la coopération et le développement économique, *Science Economic Growth and Government Policy*, Paris, l'Organisation, 1963.

que beaucoup de recherches importantes cesseront au Canada; il y a tout lieu de craindre un exode immédiat de chercheurs très qualifiés, c'est-à-dire l'accélération de l'hémorragie de «matière grise» qui ne cesse depuis toujours de raréfier nos faibles ressources. Il s'agit d'une pénurie que même la dépense de grandes sommes en peu de temps ne pourrait combler qu'avec difficulté. Les chercheurs qualifiés au Canada trouvent un certain appui auprès des sources gouvernementales, privées ou étrangères au bénéfice de leurs travaux. Les fonds ne permettent pas toutes les réalisations, mais il est peu de chercheurs qui en manquent. Ce qui limite davantage encore la recherche, c'est la pénurie d'enseignants du secteur médical et dentaire qui effectuent des recherches dans le cadre de leur activité normale. En plus de limiter le nombre des médecins qui peuvent s'occuper de la santé des Canadiens, la pénurie d'effectifs, faute d'une expansion des écoles de médecine et d'art dentaire, restreint la somme des travaux de recherche.

La disparition de l'appui des États-Unis ne fait que rendre plus urgentes les mesures que nous recommandons en vue d'accroître grandement les installations et les effectifs qualifiés nécessaires à l'enseignement médical et dentaire et à la recherche sanitaire au Canada. Même s'il n'existe pas de mesure absolue et objective qui permette de déterminer à quel niveau doivent se situer les fonds affectés à la recherche pour être suffisants, il est clair que le soutien de la recherche a été insuffisant dans le passé et le demeure encore.

Il faut, en outre, développer la recherche dans le domaine de la santé. La nécessité de l'expansion de la recherche pure et clinique saute aux yeux et on la reconnaît généralement. Cette expansion s'impose non seulement pour concourir directement à la prévention et au traitement des maladies, mais aussi pour contribuer à améliorer l'enseignement professionnel. Un des domaines d'expansion de la recherche les plus importants, cependant, est celui de la recherche «opérationnelle». Il nous faut déterminer la valeur des régimes existants ainsi que des nouveaux appelés à s'établir. Nous devrions effectuer de vastes études sur les plans des bâtiments hospitaliers, sur les liens qui devraient exister entre les services voués aux malades chroniques, aux convalescents et aux malades en traitement actif, sur l'efficacité des méthodes actuelles de l'enseignement médical, sur la possibilité d'améliorer les méthodes d'instruction des comptes des médecins pratiquées par les régimes de paiement par anticipation, sur la maximisation de la participation des médecins exerçant à titre privé à l'hygiène publique, sur la valeur des examens effectués en plusieurs étapes, sur les programmes d'études de la formation professionnelle, sur l'administration des hôpitaux, sur l'emploi du temps des infirmières; la liste des questions à étudier est sans fin et les possibilités d'améliorer les choses sont illimitées.

Ce n'est que par une recherche intensifiée que nous pouvons espérer nous rapprocher de la solution de plusieurs de nos graves problèmes de santé. Nous ne pouvons nous croiser les bras et laisser les autres effectuer les recherches dont nous espérons bénéficier. Les problèmes de santé nous affligent comme ils affligent d'autres pays et nous avons, de ce fait, l'obligation de contribuer à en assurer la solution. Nous sommes tout autant inté-

ressés que d'autres pays à l'avancement des connaissances dans ce domaine et, surtout, nous ne pouvons attirer et retenir des compétences que si nous leur permettons d'effectuer des recherches dans les domaines de leur choix. Cela vaut tout autant pour ceux qui exercent leur activité dans les professions sanitaires que pour ceux qui sont appelés à former les futures générations de praticiens et de chercheurs.

CADRES D'ORGANISATION

Dans les chapitres 7 et 8, nous nous penchons sur les moyens à employer pour améliorer l'organisation et la coordination de nos ressources et services sanitaires afin qu'ils concourent mieux à la réalisation de nos objectifs. Comme nous le disons dans le volume I, le secteur des services sanitaires dans notre économie est en retard sur d'autres secteurs dans l'établissement de moyens qui permettent de mettre au service du malade la totalité de nos connaissances et de notre technicité. Il s'est accompli beaucoup de progrès et les chapitres 7 et 8, tout en n'apportant rien de nouveau, étudient comment mettre mieux en œuvre et en pleine valeur les méthodes que nous employons déjà.

Nos propositions au sujet de la planification et de l'organisation reflètent le double thème de toutes nos autres recommandations: liberté de professions et accès à des soins de haute qualité. En bref, il s'agit de créer 1° des conseils de planification démocratiques qui s'occuperont de planification à long terme et 2° des commissions des services sanitaires indépendantes qui représenteront les professions, le public et les gouvernements. Grâce à ces deux catégories d'organismes, les Canadiens auront l'assurance que leurs besoins véritables seront satisfaits et les professions seront assurées que leur liberté d'exercer selon la dictée de leur hautes normes ne sera pas gênée. Ces cadres permettront aussi une collaboration beaucoup plus poussée qu'elle ne peut l'être actuellement entre les professions, les organismes privés et les organismes publics. La Commission est convaincue que l'expansion du Conseil de recherche en sciences de la santé se traduira par une masse plus considérable de meilleures données sur lesquelles on pourra se fonder pour prendre des décisions. En établissant des conseils de planification national, provinciaux et régionaux, nous pouvons assurer que les données serviront à adopter de justes décisions. En établissant les Commissions des services de santé représentatives, nous pouvons assurer qu'il sera donné suite aux décisions afin d'améliorer la qualité des services, les rendre mieux accessibles, combler des lacunes et supprimer le chevauchement et la fragmentation.

Nous entrevoyons que ces dispositions d'ordre structural s'établiront à plein au cours de la période de 1965 à 1971 au fur et à mesure que s'implantera la vaste gamme de services de santé et d'installations d'enseignement, de recherche et d'équipement que nous avons recommandés.

Au chapitre 9, nous traitons plus particulièrement de la nécessité de considérer les services de santé du Nord comme faisant partie intégrante d'un plus vaste programme d'action qui s'étendra à l'enseignement, à l'habitation, à la salubrité publique et à l'emploi, et sans lequel il ne saurait se réaliser de progrès réels ou permanents.

CONCLUSION

Le principe qui a dominé notre pensée est que l'argent dépensé en soins de santé essentiels est de l'argent bien dépensé; c'est un investissement en ressources humaines qui rapportera beaucoup non seulement en termes économiques, mais aussi en bien-être humain. C'est, cependant, un investissement auquel tous les Canadiens doivent pouvoir participer. Nous nous sommes sentis obligés d'adopter la méthode relativement simple du subventionnement, par le gouvernement fédéral et les provinces, de dix caisses provinciales d'assurance au lieu de la méthode peu commode du subventionnement de millions d'individus; il est évident, en effet, que c'est la seule façon de garantir l'accès aux services de santé que *tous* les citoyens ont le droit de demander et d'obtenir.

Le droit à l'instruction est un droit universellement reconnu au Canada. C'est un droit bien ancré que nul n'oserait mettre en question. Il est maintenant bien établi que tous nos jeunes gens doivent mieux s'instruire et pousser leur formation afin que le Canada puisse survivre dans notre ère très compétitive de la spécialisation et de l'automatisation. Il est vrai également que les services de santé sont tout autant un investissement que l'instruction. Il faut aujourd'hui considérer les services de santé et l'instruction comme des œuvres jumelées qui font progresser l'humanité. Aucune de ces deux œuvres ne donnera tout son rendement si on en laisse une tirer de l'arrière. Les progrès de l'une doivent s'assortir de ceux de l'autre. Les fruits doivent en être accessibles à tous, non pas seulement à ceux dont le revenu est assez élevé pour payer les primes de la protection contre les dépenses en services médicaux, mais à tous les citoyens, et tous doivent avoir accès à tout le registre de services de santé, y compris les soins hospitaliers, les soins dentaires, les médicaments, les soins à domicile et le services d'optique.

Quel que soit le succès de nos services de santé et quels que soient les moyens de conserver la santé, il y a cependant des limites imposées par la nature à la vie et à la santé, limites que l'homme mortel doit accepter. Les fruits de la recherche et l'amélioration de la santé vont néanmoins accroître la longévité des Canadiens plus loin que les soixante-dix années qu'ils atteignent actuellement. Nous avons parlé des nombreux dangers de notre milieu, comme les retombées radio-actives et les autres forces et substances que nous n'avons pas encore pleinement identifiées et dont nous n'avons pas encore mesuré l'effet sur la santé des vivants ou, par les influences génétiques, sur la vie et la santé des générations à venir. L'identification de ces dangers, qu'ils soient naturels ou causés par l'homme et la lutte contre ceux-ci de-

meurent une des principales tâches de la recherche médicale et de son application par l'individu et les services de santé à sa disposition.

Nous avons essayé d'empêcher la perpétuation au Canada de deux classes de citoyens, dont l'une sera inférieure à l'autre ou de seconde classe du seul fait de la différence de revenu. Tous doivent avoir accès par la même voie aux services de santé. Il ne faut pas que des millions de citoyens au Canada accèdent aux services de santé par une voie seconde flanquée d'un écriteau disant: «Voie à suivre par ceux qui doivent justifier de leur indigence.»

Nous ne saurions trop souligner que les services de santé ne sont pas des services de «bien-être social», bien que le manque de services de santé entraîne directement, il est vrai, le besoin de services de bien-être social. Les frais de bien-être social dus à la mauvaise santé et aux médiocres services pèsent depuis longtemps sur le secteur public de l'économie. Comme nous le disons dans le volume I, «une bonne partie de nos dépenses soi-disant de «bien-être social» sont l'aboutissement de la maladie, de l'invalidité et de la mort prématurée. Ces dépenses ne peuvent être entièrement évitées, il va de soi, mais une bonne tranche peut l'être évidemment[1]». Il n'existe pas, cependant, de ligne de démarcation bien nette entre cause et effet dans ces domaines parce que beaucoup de dépenses d'ordre sanitaire tiennent à des conditions d'existence insuffisantes. Les dépenses du domaine de la santé publique sont aussi depuis longtemps une charge du secteur public et chaque habitant, riche ou pauvre, en bénéficie. Ces services sont nécessairement assurés par le gouvernement de quelque échelon parce qu'ils intéressent tous les citoyens. Ils servent à empêcher la propagation des maladies contagieuses et à assurer la sécurité publique, et c'est ainsi qu'ils commandent une action communautaire.

Les services de santé personnels et publics se complètent les uns les autres. Cependant, les services de santé personnels ne sont qu'un aspect de l'ensemble du problème de la santé. Il est naturel que les services de santé personnels intéressent le public beaucoup plus que tous les autres services parce qu'ils constituent un domaine où des idées nouvelles et des changements importants apparaissent rapidement. Le paiement par anticipation des services médicaux qui se pratique aujourd'hui s'inscrit dans cette catégorie. Des régimes de paiement par anticipation ont été établis par des organismes bénévoles désintéressés, par des associations hospitalières, par l'industrie des assurances et, davantage encore, par des associations médicales. La valeur de leur expérience est considérable. Il est manifeste que le public tient à se couvrir d'après le nombre de gens qui adhèrent aux régimes, et c'est un fait que soulignent les propositions faites à la Commission et portant d'étendre le paiement par anticipation à tous les gens, indépendamment de leur âge ou de leur situation. Afin de hâter la réalisation de cet objectif, nous avons recommandé l'établissement de régimes de services de santé appropriés au Canada, organisés sur un pied provincial et appelés à s'implanter par étapes.

---

[1] Voir volume I, chapitre 1, p. 6.

Les services de santé personnels seraient financés par des rouages d'assurance les mieux adaptés aux besoins de tous les Canadiens et de nature à stimuler et à encourager le mieux possible tous ceux dont dépendent ces services. Ainsi que nous l'avons dit, le pivot du complexe des services de santé personnels est le médecin; lui seul est directement lié à toutes les branches connexes des services de santé et à toutes les autres professions sanitaires.

L'expression «soins de santé» suppose nécessairement des services complets. La somme totale de tous les services de santé comprend des soins de santé complets. Nous recommandons ce qu'il faut assurer: les instruments nécessaires à la planification, à la formation, à la recherche, à la coordination et à l'implantation. D'autre part, il n'est pas question de contraindre à rendre des services ou à utiliser les services établis. Ceux qui assurent et ceux qui utilisent les services de santé partagent d'égales responsabilités en ce qui concerne l'établissement, l'accessibilité et l'utilisation circonspecte des services et des installations.

Comme nous avons eu soin de le signaler, de bons soins de santé coûtent cher et nous nous sommes montrés réalistes dans nos estimations du coût. Nous avons délibérément agi avec prudence en projetant une augmentation moyenne seulement de la production annuelle de l'économie et une estimation élevée des frais grandissants des services de santé. Il y a deux choses, cependant, qu'il faut bien comprendre: d'abord, la seule chose qui coûte plus cher que de bons soins de santé, ce sont des soins de santé insuffisants ou nuls; ensuite, le gros des dépenses en soins de santé se feront même s'il n'existe pas de régime de santé. Les augmentations qui interviendront tiendront à la qualité meilleure des services et à l'augmentation du volume des services obtenus par des gens qui n'étaient pas assurés auparavant. Le glissement des dépenses de santé du secteur privé au secteur public de l'économie ne déterminera pas une augmentation du coût total des services. En fait, comme nous l'avons montré, la diminution des frais d'administration se traduira par d'importantes économies[1].

Le Canada est un pays aux ressources immenses. Nous devons les utiliser au bénéfice de tous les Canadiens. Nous pouvons édifier dans la moitié septentrionale du continent une nation de gens instruits et robustes. La nature elle-même favorise une telle possibilité. Même si les conditions climatiques des régions du Nord sont souvent rebutantes, le pays dans son ensemble est particulièrement exempt des dangers pour la santé qui se rencontrent dans tant de régions du monde. C'est à nous qu'il incombe d'organiser nos ressources en accord avec notre situation privilégiée afin que le Canada devienne un exemple de l'humanité de l'homme envers l'homme. L'histoire nous condamnera à juste titre si nous ne faisons pas ce qui est nécessaire à notre peuple et ce que nos ressources et notre savoir rendent possible.

---

[1] Voir volume I, chapitre 18, pp. 748 et 749.

2

Les pharmaciens

L'importance croissante des médicaments et des médications en thérapeutique commande d'examiner l'évolution au Canada, depuis quelque 50 ans, du rôle des pharmaciens dans la fourniture des services de santé et l'adaptation correspondante de leur formation et de leurs études ainsi que de présenter certains renseignements sur leur nombre, leur répartition géographique, leur recrutement, leur utilisation et autres caractéristiques. Les recommandations de la Commission relatives à l'inclusion de prestations pharmaceutiques dans le Régime de services de santé[1] exigent aussi une estimation des besoins futurs et des effectifs prévus en ce qui concerne les pharmaciens au pays.

ÉVOLUTION DU RÔLE DES PHARMACIENS ET ADAPTATION DE LEUR FORMATION

La pharmacie peut se définir comme la profession dont la collaboration aux services de santé consiste à préparer et à distribuer les médicaments utilisés dans le diagnostic, le traitement et la prévention des maladies. Pour être habilité, le pharmacien doit, dans la majorité des provinces, justifier d'une formation universitaire et satisfaire aux dispositions législatives provinciales relatives à l'homologation[2]. Ses principales fonctions sont les suivantes: composer et fournir les médicaments ordonnés par les médecins et les dentistes, en déterminer l'efficacité, la toxicité et l'action thérapeutique, la présentation, les possibilités par rapport à d'autres médicaments, le synergisme, et appliquer les dispositions juridiques relatives à l'emploi des

[1] Voir volume I, chapitre 2, recommandations 58 à 60, pp. 41 et 42.

[2] L'homologation des pharmaciens au Canada relève de l'organisme provincial chargé d'appliquer la loi sur la pharmacie professionnelle, ou de son équivalent, dans chaque province. L'homologation est accordée selon une combinaison d'études scolaires et d'internat (ordinairement 12 à 18 mois) qui varie d'une province à l'autre. Toutefois, l'homologation est surtout requise des pharmaciens de détail. La Saskatchewan et la Colombie-Britannique exigent en outre que tous les pharmaciens d'hôpital soient pleinement homologués. Le baccalauréat ès sciences pharmaceutiques est exigé pour l'homologation dans toutes les provinces, sauf à Terre-Neuve où la formation professionnelle en pharmacie s'acquiert selon la formule du maître-apprenti et est dirigée par l'ordre des pharmaciens lui-même.

médicaments. Les connaissances du pharmacien doivent également comprendre la normalisation, l'analyse et l'évaluation critique des matières médicales et des préparations pharmaceutiques[1]. Les pharmaciens exercent leur profession dans les pharmacies de détail, dans les hôpitaux, les laboratoires du gouvernement et chez les fabricants et les distributeurs de médicaments. Les pharmaciens qui ont fait des études post-universitaires peuvent en outre se vouer à la recherche et à l'enseignement.

Depuis le début du siècle, et surtout les deux ou trois dernières décennies, les progrès accélérés et importants dans le domaine des médicaments ont modifié la nature de l'exercice de la pharmacie pour entraîner une transformation des études et de la formation des pharmaciens. Antérieurement à la Confédération, la formation générale du pharmacien était parascolaire et sa formation pratique selon la formule maître-apprenti l'habilitait à manipuler et à fournir les médicaments. Le pharmacien ne conservait dans son officine qu'un nombre restreint de médicaments et les ordonnances n'exigeaient qu'une connaissance limitée de la technique du mélange et de la composition. La formation était alors conçue pour s'adapter à ces caractéristiques de l'exercice de la pharmacie. Plus tard, dans la suite du XIXe siècle, est apparue la formation scolaire lorsque les organismes pharmaceutiques provinciaux ont exigé des cours particuliers conjugués avec l'internat; ces cours duraient ordinairement un à deux ans et étaient sanctionnés par un diplôme. Cependant, la formation scolaire des pharmaciens a été confiée graduellement aux universités accréditées et l'homologation est demeurée la prérogative des associations professionnelles régies par une loi provinciale.

L'apparition de nouveaux médicaments comme les antibiotiques, les tranquillisants, les antihistamines, les hormones stéroïdes et autres agents chimiques a imposé de nouvelles tâches et de nouvelles responsabilités aux pharmaciens. Il y a vingt-cinq ans, environ les trois quarts des médicaments et des substances chimiques de la thérapeutique moderne étaient inconnus. Autrefois, l'apparition d'un médicament était rare, alors que, de nos jours, plus de 400 nouvelles préparations sont créées chaque année. L'exploitation efficace de la pharmacie exige à l'heure actuelle des milliers de composés et de préparations[2]. Tout indique que la découverte de nouvelles drogues et de nouveaux médicaments continuera sans répit par suite de l'accent grandissant mis sur la recherche et des efforts déployés pour trouver remède au cancer, aux maladies mentales, aux affections cardiaques et à d'autres affections chroniques.

La découverte et la mise au point de nouvelles drogues et de nouveaux médicaments exigent un outillage de fabrication coûteux, des installations de recherche et un personnel hautement qualifié. Le pharmacien n'est plus

---

[1] *Association des pharmaciens du Canada inc.*, mémoire présenté à la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Toronto, 25 mai 1962, p. 10.

[2] F. A. Morrison, *Recrutement, formation et utilisation des pharmaciens au Canada*, étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, partie II, chapitre IV. Ottawa, Imprimeur de la Reine. (*Sous presse.*)

tenu d'extraire, de synthétiser, de préparer et de mélanger les nouveaux médicaments. Depuis les deux ou trois dernières décennies, la méthode de fournir des médicaments s'est entièrement transformée. Il y a un quart de siècle, 80 à 90 p. 100 des ordonnances exigeaient une composition, mais, à l'heure actuelle, la situation est plutôt inversée et environ 90 p. 100 de toutes les ordonnances prescrivent des médications composées d'avance, alors que le reste (10 p. 100) doit être préparé par le pharmacien[1]. Le rôle du pharmacien—établir des mélanges et dresser des formules chimiques —s'est grandement métamorphosé en celui de fournisseur de médicaments complexes.

La généralisation de la préparation préalable des médicaments ne simplifie nullement la formation exigée du pharmacien moderne pour le préparer à manipuler et à fournir de façon appropriée et sûre les innombrables produits pharmaceutiques actuels et les nouvelles substances toujours plus nombreuses et plus diverses qui s'offrent sur le marché. On a dit que la pharmacie de détail est en train de devenir un «centre public de renseignements sur la santé» le pharmacien, le «conseiller en médicaments» de la collectivité[2].

Devant ces changements, la Conférence canadienne des facultés de pharmacie a approuvé en 1950 l'établissement d'un cours d'études universitaires de quatre années venant après l'immatriculation ou l'équivalent comme préparation obligatoire au grade de bachelier ès sciences pharmaceutiques[3]. La prolongation des études universitaires de trois à quatre ans ainsi que l'inclusion de cours professionnels dans la formation indiquent qu'on a cherché à conserver à la formation du pharmacien des bases professionnelles et très étendues[4]. En 1962-1963, le programme était accepté et mis en œuvre par les huit écoles de pharmacie[5].

Tous les programmes d'études des écoles de pharmacie du Canada assurent la spécialisation, dans le cadre du baccalauréat, en pharmacie de détail, hospitalière et industrielle. Depuis 1958, chaque école s'est agrandie; quand les programmes de construction actuels seront terminés, les installations auront augmenté d'au moins la moitié. En 1962, on a dit que cette expansion «. . . répondrait aux besoins du programme du baccalauréat en fonction des inscriptions prévisibles des cinq prochaines années[6]».

Des diplômes supérieurs sont décernés dans six écoles dont trois, les universités de la Colombie-Britannique, de la Saskatchewan et du Manitoba,

---

[1] F. A. Morrison, *op. cit.*, renvoi 2, p. 24.

[2] *Ibid.*, partie II, chapitre I.

[3] L'admission au *Maritime College of Pharmacy* se fonde sur la pré-immatriculation, et les deux écoles de la province de Québec exigent le baccalauréat ou l'équivalent.

[4] Une proportion de 15 à 20 p. 100 des 3,200 heures du cours entier est consacrée aux humanités et une proportion de 30 à 35 p. 100 porte sur les sciences fondamentales.

[5] En 1962-1963, la faculté de pharmacie de l'Université de l'Alberta a institué, à titre de cours facultatif, un programme d'études de quatre ans intervenant après l'immatriculation et préparant au baccalauréat ès sciences pharmaceutiques (avec spécialisation). Pour l'homologation, il faut actuellement en Alberta, cependant, avoir fait un cours de trois ans préparant à un grade, voir Morrison, *op. cit.*, partie II, chapitre I.

[6] F. A. Morrison, *op. cit.*, partie II, chapitre II.

ne confèrent que la maîtrise ès sciences (pharmacie) et les trois autres, les universités de l'Alberta, de Toronto et de Montréal, confèrent le doctorat en philosophie (pharmacie). Les candidats au doctorat en philosophie (pharmacie) devaient, jusqu'à il y a cinq ans, étudier à l'étranger; la maîtrise ès sciences (pharmacie) est décernée au pays depuis un peu plus longtemps. Ces programmes fournissent les pharmaciens qui se consacrent à la recherche et à l'enseignement au Canada.

Cinq des huit écoles de pharmacie sont des organismes autonomes au sein de leur cadre universitaire. Les trois autres se rattachent à d'autres facultés. Ainsi, à l'Université du Manitoba, à l'Université Laval et à l'Université Dalhousie, l'école de pharmacie relève respectivement de la faculté des sciences et des arts, de la faculté de médecine et de la faculté des services de santé.

EFFECTIF ET RÉPARTITION DES PHARMACIENS

L'effectif total des pharmaciens au Canada est difficile à déterminer. Une enquête effectuée pour le compte de la Commission a montré qu'il y avait en 1962, 9,401 pharmaciens qui exerçaient au Canada[1]. C'est un chiffre incomplet parce que les pharmaciens n'ont pas tous rempli le questionnaire de l'enquête; cependant, d'après le nombre relevé, le rapport population/pharmaciens au Canada en 1962 était 1,975. Parmi les pharmaciens relevés, 9,166 étaient homologués; les autres exerçaient en hôpital où l'homologation n'est pas exigée.

Comme il n'existe de renseignements que sur les homologués, l'analyse qui suit exclut les pharmaciens diplômés et exerçants, mais non homologués. Leur nombre est petit et ne modifierait pas grandement, s'il était connu, les résultats de l'analyse.

De 1955 à 1962, le nombre de pharmaciens homologués a augmenté de 20 p. 100 pour passer de 7,584 à 9,166. Durant la même période, la population du Canada s'est accrue de 18 p. 100. Il ne s'est donc produit aucune variation sensible du rapport population/pharmaciens homologués les sept dernières années, puisqu'il y avait 2,026 Canadiens par pharmacien homologué en 1962 comparativement à 2,070 en 1955.

Le tableau 2-1 montre la grande variation des rapports des provinces tant en 1955 qu'en 1962. Cette dernière année, il y avait 1,425 personnes par pharmacien homologué en Colombie-Britannique, tandis que le chiffre correspondant à Terre-Neuve s'établissait à 4,393. Chose remarquable, toutes les provinces de l'Ouest et l'Ontario ont accusé constamment un rapport plus favorable que la moyenne nationale durant cette période. Le rapport population/pharmaciens homologués a plus dégénéré dans les provinces Maritimes que partout ailleurs entre 1955 et 1962.

---

[1] T. M. Ross, *Les effectifs de pharmaciens au Canada*, étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, chapitre 4. Ottawa, Imprimeur de la Reine. (*Sous presse.*)

TABLEAU 2-1 RAPPORT POPULATION/PHARMACIENS HOMOLOGUÉS DU CANADA ET DES PROVINCES, 1955 ET 1962

Province	1955	1962
Terre-Neuve	4,721	4,393
Île-du-Prince-Édouard	2,857	2,944
Nouvelle-Écosse	2,970	3,202
Nouveau-Brunswick	3,162	3,679
Québec	4,873	3,530
Ontario	1,487	1,575
Manitoba	1,607	1,535
Saskatchewan	1,682	1,691
Alberta	1,875	1,829
Colombie-Britannique	1,392	1,425
Yukon et Territoires du Nord-Ouest	14,500	7,800
Canada: rapport population/pharmaciens homologués	2,070	2,026
nombre de pharmaciens homologués	7,584	9,166

SOURCE: T. M. Ross, *Les effectifs de pharmaciens au Canada*, étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, chapitre 2. Ottawa, Imprimeur de la Reine. (*Sous presse.*)

Un aspect important de l'expansion de l'effectif des pharmaciens homologués demeure le nombre croissant de femmes qui adoptent cette profession. Durant la dernière décennie, l'exercice de la pharmacie s'est révélé remarquablement attrayant pour les femmes, de sorte que, entre 1955 et 1962, le nombre de pharmaciennes homologuées a augmenté de 57 p. 100, soit de 534 à 840. En 1962, les pharmaciennes formaient 11 p. 100 de tous les pharmaciens homologués comparativement à 8 p. 100 en 1955. La proportion des pharmaciennes homologuées était la plus élevée en Alberta où elles représentaient en 1962 près du cinquième des pharmaciens de la province. Les pharmaciennes tendent plus que les pharmaciens à exercer en hôpital; plus que le quart d'entre elles sont employées dans les hôpitaux, contre moins de 5 p. 100 des pharmaciens.

La répartition rurale-urbaine des pharmaciens homologués figure au tableau 2-2 qui révèle la concentration des pharmaciens dans les grandes villes. Outre le fait que la majeure partie du personnel sanitaire canadien préfère la vie urbaine, les grandes villes offrent aux pharmaciens des débouchés dans l'industrie pharmaceutique, les hôpitaux, les universités et les laboratoires. Le tableau 2-2 révèle en outre que, même si la population rurale formait 30.4 p. 100 de la population, seulement 6.4 p. 100 des pharmaciens homologués habitaient les régions rurales. Cela tient à ce que la plupart des régions à population moins dense ne peuvent assurer la subsistance du propriétaire d'une pharmacie de détail. Toutefois, grâce à l'amélioration des

transports, une proportion importante de la population rurale peut bénéficier plus facilement des services pharmaceutiques des villes adjacentes. Dans d'autres régions, dépourvues de pharmacie, certains des médicaments nécessaires sont fournis par les médecins eux-mêmes.

TABLEAU 2-2 RÉPARTITION PROCENTUELLE DE LA POPULATION ET DES PHARMACIENS HOMOLOGUÉS SELON LA TAILLE DE LA LOCALITÉ, CANADA, 1962

Taille de la localité	Population	Pharmaciens
Village agricole ou rural	30.4	6.4
Villes—5,000 habitants et moins	7.8	12.1
Cités: 5,000— 25,000 / 25,000— 50,000	12.8	24.4
50,000—100,000	5.6	7.2
100,000—200,000	5.3	7.4
Plus de 200,000	38.1	42.5

SOURCE: T. M. Ross, *Les effectifs de pharmaciens au Canada* (*sous presse*), étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, chapitre 3, et Bureau fédéral de la statistique, bulletin 1.1-7. Recensement du Canada 1961. Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1963.

DIPLÔMÉS ET ÉTUDIANTS EN PHARMACIE

L'immigration ne s'est pas révélée par le passé une source importante de pharmaciens au Canada et elle ne cesse de diminuer depuis cinq ans. L'enquête de 1962 sur les pharmaciens du Canada indique que seulement 4.3 p. 100 d'entre eux étaient d'origine et de formation étrangères et seulement 15.5 p. 100 avaient émigré au Canada dans les cinq années précédentes[1]. Cette tendance continuera vraisemblablement puisque la rigueur croissante des normes de formation exigées des pharmaciens au Canada pourra décourager les pharmaciens étrangers de chercher à s'établir au pays. Les gains attribuables à l'immigration de pharmaciens ont été largement neutralisés par l'émigration de pharmaciens canadiens aux États-Unis. Le nombre de Canadiens qui y étudient la pharmacie est infime. Pourtant, ceux qui étudient aux États-Unis sont portés à y demeurer après l'obtention de leur diplôme. Dès lors, les diplômés des huit écoles canadiennes de pharmacie constituent la principale source de pharmaciens au Canada. Le tableau 2-3 indique le nombre de diplômés durant la période de 1948 à 1963.

De 1948 à 1963, les écoles canadiennes de pharmacie ont formé 5,016 diplômés, soit une moyenne de 314 par année. Le nombre effectif

[1] T. M. Ross, *op. cit.*, chapitre 2.

TABLEAU 2-3 DIPLÔMÉS DES ÉCOLES CANADIENNES DE PHARMACIE, 1948 À 1963

Année	Diplômés	Année	Diplômés
1948	310	1956	294
1949	427	1957	262
1950	391	1958	240
1951	354	1959	254
1952	370	1960	270
1953	377	1961	281
1954	347	1962	281
1955	265	1963	293

SOURCE: Pour les chiffres de 1948-1960, voir T. M. Ross, *Les effectifs de pharmaciens au Canada* (*sous presse*), étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, chapitre 2; les données de 1961-1963 proviennent du Bureau fédéral de la statistique, Division de l'éducation, Section de l'enseignement supérieur. Ottawa, Imprimeur de la Reine.

annuel de diplômés accuse une variation marquée entre le maximum de 427 en 1949 et le minimum de 240 en 1958. Comme l'indique le tableau 2-3, deux tendances distinctes se sont exercées, l'une de 1948 à 1954, et l'autre de 1955 à 1963. La moyenne annuelle des diplômés s'établit à 368 dans la première période et à 271 dans la seconde période. La moyenne plus élevée de diplômés de 1948 à 1954 reflète l'accroissement des promotions d'anciens combattants. Le fléchissement sensible du nombre annuel de diplômés après 1954 reflète, en outre, l'extension de trois à quatre ans du programme d'études de la majorité des écoles de pharmacie. Le nombre de diplômés semble de nouveau augmenter depuis quelque temps.

Le tableau 2-4 donne les inscriptions annuelles dans les écoles de pharmacie au Canada de 1947-1948 à 1963-1964. Compte tenu des inscriptions d'après-guerre des anciens combattants et des étudiants inscrits aussi à d'autres cours, les données révèlent deux tendances particulières. La première est que les femmes représentent une proportion croissante du total des étudiants en pharmacie. Ainsi, en 1963-1964, près du tiers des étudiants en pharmacie étaient des femmes comparativement au dixième en 1950-1951. Cette prolifération des étudiantes pourrait poser à la profession le problème de la retraite prématurée. Les années d'activité professionnelle des femmes sont généralement plus courtes que chez les hommes. La majorité des femmes n'exerceront leur profession qu'au début de leur mariage ou jusqu'à la maternité, pour ensuite la quitter entièrement ou chercher du travail à temps partiel. Certaines pourront y revenir plus tard lorsque leurs enfants ont grandi ou que d'autres éventualités les y amènent. Si la tendance persiste, les écoles de pharmacie devront peut-être former plus de pharmaciens qu'il ne le faudrait autrement.

TABLEAU 2-4 ÉTUDIANTS EN PHARMACIE SELON LE SEXE ET EN POURCENTAGE DU TOTAL DES ÉTUDIANTS AU CANADA, 1947-1948 À 1963-1964

Année	Étudiants en pharmacie			
	Total	Étudiants	Étudiantes	Pourcentage du total des étudiants
1947-1948	1,271	86.5	13.5	1.7
1948-1949*	1,111	88.7	11.3	1.7
1949-1950	1,432	87.8	12.2	2.3
1950-1951	1,383	89.2	10.8	2.3
1951-1952	1,355	88.4	11.6	2.3
1952-1953	1,367	87.4	12.6	2.4
1953-1954	1,256	87.0	13.0	2.2
1954-1955	1,212	84.7	15.3	2.0
1955-1956	1,199	82.5	17.5	1.8
1956-1957	1,145	82.9	17.1	1.6
1957-1958	1,100	80.1	19.9	1.4
1958-1959	1,219	77.1	22.9	1.4
1959-1960	1,307	74.4	25.6	1.4
1960-1961	1,482	73.3	26.7	1.4
1961-1962	1,529	74.4	26.0	1.3
1962-1963	1,636	71.5	28.5	1.2
1963-1964	1,665	70.0	30.0	1.1

* A l'exclusion de l'Université de Montréal.

SOURCE: Bureau fédéral de la statistique, *Inscriptions d'automne dans les universités et les collèges,* 1947 à 1961. Les données de 1961-1964 proviennent du Bureau fédéral de la statistique, Division de l'éducation, Section de l'enseignement supérieur. Ottawa, Imprimeur de la Reine.

La seconde tendance suggère que la pharmacie semble perdre relativement de son attrait aux yeux de la jeunesse canadienne. Les premières années de la période considérée, les inscriptions en pharmacie se sont accrues à un rythme plus rapide que celui des inscriptions totales dans les universités pour culminer en 1952-1953 à 2.4 p. 100 du total des inscriptions. Depuis, la tendance s'est inversée et les étudiants en pharmacie n'ont représenté que 1.1 p. 100 de tous les étudiants en 1963-1964, cependant, le chiffre absolu des diplômés augmente depuis 1958. Quelque 25 à 30 p. 100 de ceux qui s'inscrivent aux écoles de pharmacie ne terminent pas leurs études. Les étudiants qui se retirent obéissent surtout à des motifs d'ordre scolaire[1].

Les étudiants en pharmacie viennent de tous les milieux économiques. Toutefois, la majorité appartiennent à des familles à revenus moyens puisque

[1] F. A. Morrison, *op. cit.,* partie IV, sommaire et conclusions.

environ la moitié estimaient le revenu annuel moyen du principal soutien de leur famille inférieur à $6,000 en 1962 et environ le sixième seulement l'évaluaient à $10,000 ou davantage[1].

L'étudiant moyen en pharmacie a dépensé $1,550 durant l'année scolaire 1961-1962, dont $543 pouvaient être directement imputés aux frais de scolarité et le reste aux frais de subsistance et d'activité sociale. Cette dépense annuelle équivalait approximativement à celle de l'étudiant moyen en génie, mais elle était d'au moins 25 p. 100 inférieure à celle des étudiants en droit, en médecine ou en art dentaire. L'étudiant en pharmacie dépense moins que ceux des trois autres facultés aux dépens des frais de subsistance. Naturellement, les dépenses de l'étudiant en pharmacie tendent à varier selon l'état matrimonial, selon le lieu où il habite (foyer paternel ou ailleurs), et selon la région du pays où il fréquente l'université. Plus de la moitié du revenu de l'étudiant moyen en pharmacie provient des économies d'un emploi d'été et des sommes fournies par sa famille. L'étudiant moyen en pharmacie tire de son travail à temps partiel durant l'année scolaire une proportion beaucoup plus considérable de son revenu que les étudiants en génie, en droit, en médecine et en art dentaire. Environ la moitié des étudiants en pharmacie comptent sur l'emploi à temps partiel.

Environ 29 p. 100 des étudiants en pharmacie ont reçu une aide financière en bourses d'études et d'entretien en 1961-1962; cette proportion est inférieure à celle des étudiants des autres facultés comparées. La bourse moyenne d'études et d'entretien de l'étudiant qui reçoit une aide financière s'est élevée à $336, montant légèrement supérieur à celui accordé aux étudiants en droit et en art dentaire, et inférieur à celui touché par les étudiants en génie ou en médecine[2].

Nous en concluons que les problèmes financiers des étudiants en pharmacie ressemblent à ceux de la majorité des autres étudiants et qu'aucun obstacle financier particulier ne leur interdit l'école de pharmacie.

DEMANDE ET UTILISATION

La demande de praticiens dans toutes les disciplines de la pharmacie au Canada a augmenté rapidement depuis dix ans du fait de divers facteurs. Naturellement, ces facteurs n'ont pas agi uniformément sur toutes les disciplines de la pharmacie mais leurs répercussions ont été plus directes sur certaines que sur d'autres. La nature de ces facteurs est généralement socio-démographique et institutionnelle.

L'accroissement de la population du Canada a multiplié la maladie et la demande de médicaments. Ce facteur a indirectement augmenté

[1] T. M. Ross, *op. cit.*, chapitre 2.

[2] Bureau fédéral de la statistique, *University Student Expenditures and Income in Canada, 1961-1962*. Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1963.

le nombre des pharmaciens requis à la production et à la distribution ainsi qu'aux organismes gouvernementaux d'inspection et de contrôle de ces médicaments et aux facultés de pharmacie qui dispensent l'enseignement à un groupe croissant d'étudiants. D'autres tendances démographiques sont venues amplifier la demande. Ainsi, par exemple, la proportion grandissante des jeunes et des vieillards dans notre population a contribué à intensifier l'usage des médicaments. A ces facteurs démographiques se greffe l'évolution de l'attitude des Canadiens à l'égard des médicaments. A l'instar de la majorité des humains, les Canadiens souhaitent se rétablir aussi rapidement que les services de santé et les médicaments «merveilleux» le rendent possible. Dans plusieurs cas, les médicaments modernes accomplissent précisément des merveilles, de sorte que la majorité des Canadiens, lorsqu'ils sont malades, veulent à tout prix des médicaments. Aussi, durant la décennie de 1951-1960, la valeur totale des ordonnances exécutées au pays s'est-elle accrue de 150 p. 100 pour passer de 52 à 131 millions de dollars. Durant la même période, le nombre d'ordonnances par habitant a augmenté de 2.21 à 2.41[1]. L'analyse suivante évalue les conditions de la demande et de l'utilisation dans chaque domaine de la pharmacie.

La pharmacie de détail

L'utilisation croissante des médicaments d'ordonnance au Canada s'est traduite par une augmentation de la demande de pharmaciens au détail qui fournissent environ les trois quarts de ces médicaments. En 1962, les 5,022 pharmacies de détail ont employé une proportion prépondérante de tous les pharmaciens, soit 7,972 ou 87 p. 100 de tous les pharmaciens homologués. Le nombre moyen de pharmaciens par pharmacie de détail s'est établi à 1.6 cette année-là.

Ces facteurs institutionnels ont aussi influé fortement sur le demande de pharmaciens de détail. Comme nous l'avons déjà signalé, parce que la plupart des médicaments se présentent sous une forme appropriée au détail, le temps nécessaire pour exécuter une ordonnance a été réduit. D'autre part, des découvertes nouvelles et la concurrence entre fabricants ont fait augmenter le nombre et la complexité des produits pharmaceutiques. Ainsi, alors que le pharmacien consacre moins de temps à la préparation effective des médicaments, le temps consacré à assurer un service satisfaisant, à tenir un stock important, à s'adapter au progrès, et à fournir des renseignements aux médecins et aux clients a considérablement augmenté. En outre, par suite de la rigueur accrue des mesures de sauvegarde exigées par le gouvernement, le pharmacien de détail doit consacrer plus de temps à noter en détail ses achats et ventes d'une vaste variété de médicaments. Dès lors, le travail du pharmacien n'est pas devenu moins long dans l'ensemble; il s'est transformé.

---

[1] L'*Association des pharmaciens du Canada inc.*, mémoire présenté à la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Toronto, mai 1962, p. 123.

Dans le domaine de la pharmacie de détail, les activités non professionnelles, y compris la vente des spécialités et d'autres activités commerciales, continuent d'occuper une grande partie de la journée du pharmacien. En 1960, les ordonnances n'ont répondu que pour 25 p. 100 du total des ventes des pharmacies de détail. La conséquence pratique de cette particularité est qu'en 1962, le pharmacien de détail n'a exécuté en moyenne que 96 ordonnances par semaine de 44 heures, pendant que le pharmacien d'hôpital en exécutait 504 par semaine de 39 heures. En d'autres termes, le pharmacien d'hôpital a exécuté en moyenne 13 ordonnances par heure de travail et le pharmacien de détail, seulement 2.2[1].

Malgré la concentration actuelle des pharmaciens dans la pharmacie de détail, il existerait une pénurie de pharmaciens dans ce domaine. Les témoignages présentés devant la Commission imputent cette pénurie à l'impuissance des pharmacies de détail à évoluer au rythme de la croissance de la population du Canada de 1955 à 1962[2]. La moyenne des personnes servies par chaque pharmacie est passée de 3,317 à 3,698 durant cette période. En outre, d'après l'enquête sur les pharmacies effectuée par la Commission en 1962, les pharmacies de détail auraient employé 2,056 pharmaciens additionnels s'ils avaient été disponibles. Ajouté au nombre de pharmaciens effectivement employés dans ce domaine, ce chiffre montre qu'il devrait y avoir deux pharmaciens par pharmacie de détail.

Les besoins d'effectifs, cependant, doivent se fonder sur une utilisation efficace du personnel, c'est-à-dire que l'utilisation efficace des effectifs exige que le pharmacien de détail se consacre exclusivement, dans la mesure du possible, à des tâches professionnelles. L'enquête sur les pharmaciens indique qu'en 1962, 45 p. 100 des pharmaciens de détail ont consacré moins du quart de leur temps à l'exécution d'ordonnances et que 33 p. 100 y employaient entre le quart et la moitié de leur temps[3]. Cela signifie que, dans l'hypothèse d'un remaniement fonctionnel de l'exercice de la pharmacie au détail et de la délégation à un personnel moins spécialisé de l'activité commerciale et non professionnelle, le nombre actuel de pharmaciens de détail pourrait exécuter un volume plus considérable d'ordonnances. La participation continue du pharmacien à des activités non professionnelles est le signe que ses services professionnels ne sont pas utilisés de façon efficace et implique que le manque de personnel professionnel n'est pas considérable.

La croissance projetée de la population exigera, naturellement, plus de pharmaciens afin de maintenir le rapport population/pharmacien actuel tandis que les pharmaciens de détail pourraient, en réduisant leurs activités non professionnelles[4], répondre à l'accroissement du volume des ordonnances par suite de l'application de nos recommandations en ce qui concerne les ordonnances. La tâche du pharmacien serait aussi facilitée par la mise en

---

[1] T. M. Ross, *op. cit.*, chapitre 4.
[2] *Ibid.*, chapitre 4.
[3] *Ibid.*, chapitre 4.
[4] Voir volume I, chapitre 16 pp. 655 à 657.

œuvre des recommandations de la Commission au sujet du Formulaire national et du Service national d'information qui publierait des bulletins périodiques renfermant les derniers renseignements au sujet des médicaments[1].

La pharmacie d'hôpital

Le principal rôle du pharmacien d'hôpital consiste dans la préparation, la fourniture et le contrôle de tous les médicaments dispensés aux patients et aux autres services hospitaliers.

L'utilisation des médicaments dans nos hôpitaux s'est graduellement amplifiée parallèlement à l'augmentation du volume des soins hospitaliers au Canada et à l'emploi accru de médicaments d'ordonnance et en 1960, les hôpitaux répondaient pour le quart de tous les médicaments achetés au pays[2]. Ces raisons ont fait augmenter la demande de pharmaciens d'hôpital. L'enquête sur les pharmaciens effectuée par la Commission indique qu'en 1962, quelque 600 pharmaciens, dont le tiers n'étaient pas homologués, travaillaient dans les hôpitaux. La production élevée de praticiens non homologués résulte de ce qu'à l'heure actuelle, deux provinces seulement exigent l'homologation pour l'exercice en hôpital.

Soustrait à la nécessité de diriger un commerce de détail, le pharmacien d'hôpital se consacre presque exclusivement à ses devoirs professionnels. Ainsi, quelque 50 p. 100 d'entre eux passent plus de la moitié de leurs heures de travail à exécuter des ordonnances et environ 20 p. 100 y emploient les trois quarts de leur temps[3]. Le reste de leur temps est surtout affecté aux tâches administratives connexes au fonctionnement de l'hôpital.

Malgré l'augmentation du nombre de pharmaciens d'hôpital, beaucoup d'hôpitaux canadiens, mais seulement les petits, en général, n'ont pas de pharmacien. En 1961, 604 hôpitaux généraux répondants de 99 lits ou moins n'employaient que 56 pharmaciens, alors que 199 hôpitaux répondants de 100 à 499 lits avaient 333 pharmaciens à leur service et que 31 hôpitaux de 500 lits ou davantage en employaient 196[4]. En outre, la majorité des hôpitaux qui avaient des pharmaciens ont déclaré que leur nombre était insuffisant. Ainsi, 233 hôpitaux ont indiqué une pénurie collective de quelque 150 pharmaciens[5].

La Société canadienne des pharmaciens d'hôpital a déclaré que, selon ses normes[6], un effectif de 2,480 pharmaciens était requis en 1961 pour assurer des services pharmaceutiques adéquats dans les hôpitaux du

---

[1] Voir volume I, chapitre 2, recommandation 62, p. 42.

[2] *L'Association des pharmaciens du Canada inc.*, mémoire présenté à la Commission d'enquête sur les pratiques restrictives du commerce, Toronto, octobre 1961, p. 51.

[3] T. M. Ross, *op. cit.*, chapitre 4.

[4] Bureau fédéral de la statistique, *La statistique des hôpitaux*, 1961, volume III. Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964.

[5] T. M. Ross, *op. cit.*, chapitre 4.

[6] Normes de la Société: un pharmacien à plein temps pour les hôpitaux de 75 lits et davantage et un pharmacien additionnel pour chaque 100 lits additionnels ou fraction de ce nombre; un pharmacien à temps partiel pour les hôpitaux de 74 lits ou moins. *La Société canadienne des pharmaciens d'hôpital*, mémoire présenté à la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Toronto, mai 1962, p. 30.

Canada. Cela supposerait qu'environ le quart seulement de nos besoins en pharmaciens hospitaliers ont été satisfaits cette année-là. Le chiffre ci-dessus représente une norme idéale de service hospitalier plutôt qu'un besoin réel de pharmaciens d'hôpital, puisque la majorité des 1,900 pharmaciens «requis», même s'ils avaient été disponibles, n'auraient vraisemblablement pas trouvé d'emploi dans les hôpitaux par suite de restrictions budgétaires[1]. Même si la pénurie n'est peut-être pas aussi aiguë que le dit la Société, il existe indubitablement une pénurie dans ce secteur de la pharmacie. On a estimé que la pénurie de pharmaciens d'hôpital se situait entre 300 et 400 en 1962[2], pénurie qui reflétait la mauvaise répartition des effectifs de la profession plutôt qu'une pénurie générale.

Le pharmacien d'hôpital, comme il a été dit précédemment, consacre la majeure partie de son temps à l'exercice d'une activité professionnelle. L'évolution de la nature de son activité ne saurait dès lors atténuer la pénurie actuelle. Il s'agit essentiellement d'augmenter les effectifs; cependant, l'utilisation à temps partiel des services des pharmaciens de détail pourrait diminuer un peu le problème, c'est-à-dire que les pharmaciens détaillants établis dans les régions moins peuplées pourraient assurer des services pharmaceutiques à temps partiel à l'hôpital local.

L'industrie pharmaceutique

L'expansion rapide de l'utilisation des médicaments au Canada a stimulé un essor parallèle de l'industrie pharmaceutique canadienne. Cette expansion générale de la production et la tendance des fabricants ont lancé une grande diversité de médicaments analogues et ont fait augmenter le nombre de pharmaciens employés dans la fabrication des médicaments. La vaste majorité de ces pharmaciens sont affectés à titre de représentants des fabricants, à la promotion et au démarchage pratiqués auprès des médecins. Outre la vente, les pharmaciens s'occupent également de recherche, de production, de contrôle de la qualité et de mise au point des produits.

Une enquête[3] qui a porté sur la majorité des fabricants qui emploient des pharmaciens en a relevé 612 dans l'industrie pharmaceutique canadienne en 1962. Cette année-là, selon les répondants, l'industrie aurait pu en employer 456 s'ils avaient été disponibles dans le cadre des traitements payés. A supposer que les non-répondants en eussent autant besoin, l'industrie aurait pu employer 515 pharmaciens de plus. La majorité des postes vacants étaient des postes de représentation auprès des médecins, postes qui conviennent particulièrement au pharmacien du fait de ses connaissances; certains postes, cependant, étaient des postes d'ordre scientifique.

---

[1] T. M. Ross, *op. cit.*, chapitre 4.

[2] *Ibid.*

[3] Enquête sur les fabricants de produits pharmaceutiques effectuée par l'Association des fabricants canadiens de produits pharmaceutiques pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé; T. M. Ross, *op. cit.*, chapitre 4.

Comme les diplômés en sciences, d'autres domaines peuvent exercer le poste de représentant[1] et parce que les postes vacants dans le domaine de la recherche, du contrôle de la qualité, de la production et de la mise au point des produits conviennent aussi dans une grande mesure aux personnes qui sont pourvues de grades scientifiques supérieurs mais ne possèdent pas de formation de base en pharmacie, la pénurie apparente d'effectifs est beaucoup moins grave.

Le personnel des écoles de pharmacie

Le personnel des écoles de pharmacie se recrute généralement chez les pharmaciens qui ont des grades supérieurs. En 1962, le personnel de ces institutions comptait 78 pharmaciens. Étant donné les inscriptions actuelles et le budget restreint des facultés, les besoins courants de pharmaciens dans les facultés universitaires sont satisfaits à l'heure actuelle. Néanmoins, il se pourrait que l'augmentation des inscriptions et la concurrence plus intense que se font les universités et l'industrie pharmaceutique pour attirer des pharmaciens plus compétents suscitent une pénurie de professeurs de pharmacie[2]. En outre, l'application des recommandations de la Commission invitant le gouvernement fédéral à étendre aux universités les subventions à la recherche accordées par le Conseil de recherche en sciences de la santé pour encourager la création de nouveaux médicaments et (ou) l'amélioration de ceux qui existent déjà au Canada amènerait une demande additionnelle de pharmaciens pourvus de diplômes supérieurs[3].

Les services des gouvernements

En 1962, le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux ont employé respectivement 37 et 14 pharmaciens[4]. Seize pharmaciens fédéraux faisaient fonction d'inspecteurs des aliments pour la Direction des aliments et des drogues et la Division des stupéfiants du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.

On a estimé qu'il y avait en 1962 treize vacances dans les administrations provinciales et dix-neuf dans les services fédéraux[5]. L'application des recommandations de la Commission relatives au Comité consultatif des médicaments, à un Formulaire pharmaceutique national et à un Service de renseignements[6] se traduira par une demande accrue de pharmaciens dans la fonction publique fédérale.

---

[1] Au sujet de la nécessité des représentants dans l'industrie pharmaceutique, voir volume I, chapitre 16, pp. 666 à 669.

[2] *Conférence canadienne des facultés de pharmacie*, mémoire présenté à la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Toronto, mai 1962, p. 28.

[3] Voir volume I, chapitre 2, recommandation 80, p. 45.

[4] Ces chiffres ne comprennent pas les pharmaciens des services militaires ou hospitaliers.

[5] T. M. Ross, *op. cit.*, chapitre 4.

[6] Voir volume I, chapitre 2, recommandations 61 à 63, p. 42.

Les services militaires

En 1962, les trois armes employaient 77 pharmaciens et 13 postes établis étaient vacants[1]. Le régime actuel d'intégration des trois armes pourrait tendre à réduire la demande de pharmaciens dans ce domaine.

Les organismes pharmaceutiques

Les organismes professionnels de pharmaciens au niveau fédéral et provincial comptent également des pharmaciens chargés de fonctions d'administration. En 1962, ces pharmaciens étaient au nombre de 16.

BESOINS ET EFFECTIFS FUTURS, 1966 ET 1971

Une estimation des besoins en pharmaciens en 1966 et 1971 dans les divers domaines de la pharmacie et les effectifs prévus figurent au tableau 2-5.

TABLEAU 2-5 BESOINS PROSPECTIFS ET EFFECTIFS ÉVENTUELS DE PHARMACIENS, CANADA, 1966 ET 1971

Année	Détail	Hôpitaux	Industrie pharmaceutique	Services militaires	Gouvernement	Écoles de pharmacie	Organismes de pharmacie	Total des besoins	Effectifs éventuels	Insuffisance
1962	7,972	595	612	77	51	78	16	—	9,401	—
1966	8,240	900	812	93	129	106	20	10,300	9,800	500
1971	8,575	1,250	1,000	98	225	150	27	11,325	10,695	630

SOURCE: T. M. Ross, *Les effectifs de pharmaciens au Canada,* étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé. Ottawa, Imprimeur de la Reine (*sous presse*), et données supplémentaires.

Comme il est dit ci-dessus, l'enquête de 1962 a relevé 9,401 pharmaciens, mais on sait que leur nombre était plus élevé. Nous estimons que nos besoins en pharmaciens auront augmenté à 10,300 en 1966, et à 11,325 en 1971. Pour répondre à ces besoins estimatifs, le rapport population-pharmacien en 1966 et en 1971 devra s'établir à 1,970 et 1,995, comparativement à 1,975 en 1962. La baisse prévue du rapport entre 1966 et 1971 n'est pas grave; si la réorganisation fonctionnelle de l'exercice de la pharmacie de détail a lieu, une augmentation du volume des services pharmaceutiques sera possible.

[1] T. M. Ross, *op. cit.*, chapitre 4.

L'estimation du nombre de pharmaciens de détail requis se fonde sur l'hypothèse que 42 nouvelles pharmacies locales seront établies annuellement[1], en accord avec l'accroissement de la population[2], et elles compteront en moyenne 1.6 pharmacien comme en 1962. Les besoins prospectifs en pharmaciens d'hôpital comportent une augmentation de 300 pour 1966 et un nombre additionnel de 350 pour 1971 afin de combler l'insuffisance indiquée de 350 pharmaciens d'hôpital en 1962 et l'accroissement éventuel de l'hospitalisation et de l'activité des services externes.

En ce qui concerne l'emploi de pharmaciens dans l'industrie pharmaceutique, l'affectation de pharmaciens au «démarchage» sera réduite si la recommandation[3] de la Commission portant d'autoriser à déduire 15 p. 100 seulement du chiffre des ventes en frais de promotion et de démarchage. Ainsi, un apport de 50 pharmaciens par année jusqu'en 1966 et de 40 par année de 1966 à 1971 devrait suffire à satisfaire à la demande provenant de cette source. Devant la participation croissante du gouvernement fédéral dans la recherche et l'évaluation des produits pharmaceutiques, nous avons projeté de 1962 à 1971 une augmentation de 170 p. 100 de l'emploi des pharmaciens. Les besoins en pharmaciens des écoles canadiennes de pharmacie sont tributaires des inscriptions éventuelles et se fondent sur le rapport de 1962 entre les étudiants et les professeurs.

En contrepartie de ces besoins, l'effectif prévu des pharmaciens est estimé à 9,800 en 1966 et à 10,695 en 1971, soit une insuffisance respective de 500 et de 630[4]. Pour assurer cet effectif, les huit écoles de pharmacie devront augmenter de 60 p. 100 le nombre annuel de leurs promotions, soit de 370 à 600 entre 1963 et 1971. L'expansion des installations des écoles canadiennes de pharmacie, qui a débuté en 1958 et se maintient toujours, devrait suffire à assurer l'augmentation nécessaire des inscriptions jusqu'en 1971. À cause des besoins futurs des provinces de l'Atlantique, une autre école de pharmacie serait nécessaire dans les premières années 1970. L'établissement de l'école à l'Université Memorial en même temps que l'école de médecine que nous avons recommandée et comme département de cette école devrait répondre au besoin[5].

Les pénuries de l'importance indiquée quant aux sept prochaines années ne semblent pas irréductibles. D'abord, il existait sans doute en 1962 un certain nombre de pharmaciens qui n'ont pas répondu à l'enquête effectuée pour le compte de la Commission. Ensuite, l'accélération éventuelle de l'accroissement des inscriptions d'étudiants en pharmacie ces dernières années pourrait répondre à ce qui semble à l'heure actuelle une pénurie modérée

---

[1] T. M. Ross, *op. cit.*, chapitre 4.

[2] Il s'agit de la population projetée sur la base d'une immigration nette de 50,000 personnes par année.

[3] Voir volume I, chapitre 2, recommandation 64, p. 42.

[4] Dans le calcul de l'effectif prévu des pharmaciens, un taux de radiation de 3.4 p. 100 est retenu comparativement à 3.2 p. 100 pour les médecins à cause de l'envahissement progressif de la pharmacie par les femmes. La source de l'effectif se limite aux diplômés des écoles canadiennes de pharmacie.

[5] Voir recommandation 202, p. 40.

de pharmaciens professionnels. Dès lors, l'évolution normale de l'expansion des écoles actuelles de pharmacie, alliée à l'établissement d'une école additionnelle comme nous le recommandons, devrait pouvoir satisfaire aux besoins de l'avenir prévisible.

CONCLUSION

Notre siècle a été témoin de rapides et importants changements dans l'exercice de la pharmacie. Des changements sont intervenus dans le lieu où les pharmaciens exercent leur activité; en effet, il y en a plus qui sont employés dans les hôpitaux, l'industrie pharmaceutique, le gouvernement et les pharmacies de détail des grandes villes. L'évolution de la pharmacothérapie a suscité des modifications dans la formation et l'activité des pharmaciens. Il y a une génération, environ les trois quarts des médicaments et des substances chimiques auxquels fait appel aujourd'hui la pharmacothérapie étaient inconnus; la majeure partie des médicaments d'ordonnance étaient composés à la pharmacie de détail, alors qu'aujourd'hui 90 p. 100 en sont composés d'avance. Au niveau du détail, par suite des progrès de la fabrication et du préemballage des médicaments, le pharmacien consacre moins de temps à la préparation même des médicaments et davantage à des tâches comme maintenir les stocks, suivre les progrès de la pharmacothérapie, communiquer des renseignements aux médecins et clients et surtout assurer des services de vente. En ce qui concerne ces services, il faut dire que les médicaments d'ordonnance représentaient, en 1960, 25 p. 100 du volume total des ventes des pharmacies de détail.

Devant ces transformations, il est difficile de projeter la demande de services de pharmacien dans l'immédiat. Le recours accru aux médicaments d'ordonnance et la croissance de la population augmentent le besoin de pharmaciens. D'autre part, parce que les pharmaciens de détail, qui constituent le gros des effectifs, sont sous-utilisés comme praticiens, la croissance rapide des effectifs revêt moins d'importance.

Le problème de la pharmacie de détail semble se résumer à une utilisation plus efficace du personnel professsionnel. Les données que nous possédons révèlent que, si leur activité commerciale et extra-professionnelle pouvait se déléguer à des gens moins qualifiés, les pharmaciens de détail pourraient exécuter un volume plus imposant d'ordonnances. Cependant, dans les petites collectivités, c'est cette activité qui vaut au pharmacien de détail le revenu nécessaire au maintien de son entreprise. Sans ces sources supplémentaires de revenu, il n'y aurait pas de pharmacien dans les petites collectivités. Toutefois, avec l'établissement des Services d'ordonnances que la Commission recommande d'instituer, le volume des ordonnances exécutées par les pharmaciens s'en trouverait augmenté, ce qui les forcerait moins à compter autant sur leur activité extra-professionnelle dans l'avenir. L'utilisation plus intense des pharmaciens de détail réduirait aussi le besoin

d'autres pharmaciens pour répondre aux nécessités du programme. Il existe, il va de soi, pénurie de pharmaciens dans le domaine de la pharmacie hospitalière, mais, à notre avis, la pénurie pourrait s'atténuer dans une certaine mesure si les petits hôpitaux ruraux employaient un pharmacien de détail à temps partiel.

Les huit écoles actuelles de pharmacie du Canada constituent la source presque exclusive de nos pharmaciens et, comme le montrent les études entreprises par la Commission, la réalisation des programmes actuels d'expansion fera augmenter les installations d'au moins 50 p. 100 par rapport à 1958. Cette expansion assurera l'effectif accru de pharmaciens qui sera nécessaire dans l'immédiat, mais il faudra probablement une école de pharmacie additionnelle dans les provinces de l'Atlantique dès les années 1970.

Il existe un domaine où la pénurie est très manifeste; c'est celui de l'enseignement et de la recherche. La pénurie s'accentuera à mesure que les universités et le Conseil de recherche en sciences de la santé stimuleront la recherche pharmaceutique. Il faudra de l'aide spéciale pour développer les études supérieures en pharmacie afin de supprimer la pénurie.

La Commission recommande:

201. Que les petits hôpitaux, surtout dans les collectivités rurales qui ont peine à engager un pharmacien à plein temps, emploient un pharmacien à temps partiel qui sert collectivement quelques hôpitaux voisins ou qui allie la pharmacie de détail au travail hospitalier.

202. Que, étant donné la pénurie de pharmaciens diplômés dans les provinces de l'Atlantique, une école de pharmacie soit établie à l'Université Memorial, Saint-Jean (Terre-Neuve), en même temps que l'école de médecine dont nous avons recommandé la création et que l'école de pharmacie constitue un département de l'école de médecine[1].

203. Que des subventions annuelles de $2,000 chacune à la formation professionnelle soient accessibles aux pharmaciens diplômés qui poursuivent des études supérieures en pharmacie.

[1] Voir volume I, chapitre 2, recommandation 141, p. 71.

3

Certaines catégories de personnel sanitaire professionnel, technique et autre

INTRODUCTION

En plus des professions sanitaires traditionnelles bien établies, organisées et reconnues—médecins, dentistes, infirmières et pharmaciens—la spécialisation scientifique et technique a fait surgir un nombre grandissant d'activités professionnelles, techniques et autres dans le domaine sanitaire[1]. Ces activités n'en viennent toujours à bien s'identifier que graduellement à mesure que les études scolaires et la formation professionnelle s'y substituent à l'expérience acquise par la pratique dans un domaine particulier. A mesure que la formation professionnelle est de plus en plus reconnue, des associations professionnelles se forment qui, en plus de servir les intérêts de leurs membres, établissent et cherchent d'habitude à maintenir des normes de compétence.

A cause du vaste registre de la formation et des études et aussi des relations diverses avec la profession médicale, il est difficile de grouper ces activités sous un même terme générique. Nous les avons donc rangées dans trois groupes:

1. personnel paramédical exerçant environ deux douzaines d'activités qui aident le médecin dans l'exercice de ses fonctions;
2. autre personnel sanitaire, comprenant les optométristes, les opticiens et les podologues; et
3. praticiens de la médecine sans médicaments, comprenant les chiropracteurs, les naturopathes et les ostéopathes.

Nous traitons de chacun de ces groupes dans les pages qui suivent, puis nous présentons certaines observations sur des problèmes particuliers, l'emploi des titres professionnels, les dangers de la radiographie et les services ambulanciers.

---

[1] Au sujet des médecins, dentistes, infirmières, pharmaciens, aides-infirmières, aides de salle, aides familiales et auxiliaires dentaires, voir volume I, chapitres 7 et 13, et chapitre 2 du présent volume.

PERSONNEL PARAMÉDICAL

Parmi les professions inscrites dans le groupe paramédical figurent les suivantes:

Psychologues—cliniques
Diététiciennes
Bibliothécaires médicaux
Archivistes médicales
Inspecteurs de la santé publique
Ingénieurs de la salubrité publique
Techniciens médicaux—Laboratoire
Radiologie
Salle d'opération
Electroencéphalographie
Electrocardiographie
Orthoptistes
Fabricants d'appareils de prothèse et Orthotistes
Thérapeutes—Physiothérapeutes
Ergothérapeutes
Logopédistes et audiothérapeutes
Médicaux—Artistes
Illustrateurs
Photographes
Assistants médico-sociaux

Faute de données suffisantes, nous avons limité notre examen aux professions suivantes: diététiciennes, archivistes médicales, techniciens de laboratoire, de radiologie, de salle d'opération, d'électrocardiographie et d'électroencéphalographie, physiothérapeutes, ergothérapeutes, logopédistes, audiothérapeutes et assistants médico-sociaux.

L'augmentation rapide de l'utilisation du personnel paramédical au Canada peut s'attribuer surtout à deux facteurs: le personnel paramédical joue un rôle capital comme auxiliaire du médecin et la complexité grandissante de la médecine moderne exige l'intervention en équipe de plusieurs spécialistes dont certains possèdent des connaissances techniques que n'a peut-être pas le médecin; la pénurie de médecins par rapport à la croissance rapide de la demande de services de santé a accéléré le transfert à d'autres professions de certaines tâches qui exigent moins d'instruction et de formation.

Deux aspects particuliers de l'activité des paramédicaux sont à mentionner: la nature de leur activité et le lieu où elle s'exerce. Les paramédicaux dépendent du médecin pour ce qui est des prescriptions qui font entrer en jeu leurs connaissances spéciales; en outre, ils sont comptables au médecin et surveillés par le médecin qu'ils secondent dans l'administration de soins de santé. La surveillance est plus ou moins étroite,

cependant, selon la profession particulière. C'est ainsi, par exemple, que certains groupes, tels que les techniciens de laboratoire et de radiologie, travaillent sous la direction immédiate et étroite du médecin tandis que d'autres, dont les diététiciennes et les assistants sociaux, exercent leur activité de façon relativement indépendante.

La plupart des paramédicaux sont employés dans les moyens ou grands hôpitaux parce que c'est dans ces hôpitaux que se trouvent le matériel complexe et les laboratoires qu'exigent les méthodes de diagnostic et de traitement modernes. En dehors des hôpitaux, les spécialistes font plus appel que les omnipraticiens aux services des paramédicaux et les spécialistes qui ont un cabinet de groupe emploient relativement plus de paramédicaux que ceux qui exercent seuls[1]. Voilà pourquoi la tendance à l'exercice groupé qui se manifeste depuis quelque temps chez les spécialistes fait augmenter le nombre des paramédicaux extra-hospitaliers. Certains paramédicaux exercent dans les centres de réadaptation et les services de soins à domicile.

La qualité des soins que les paramédicaux peuvent dispenser se rattache directement à leur instruction et à leur formation. Il est donc important qu'il existe des normes et des institutions de formation. En général, la formation scolaire et professionnelle des paramédicaux a été relevée au cours de l'après-guerre et elle se compare favorablement aujourd'hui avec ce qu'il y a de mieux dans tous les pays industrialisés. Les sociétés nationales des paramédicaux et l'Association médicale canadienne, qui déterminent conjointement les normes de formation, n'ont cessé de s'appliquer à améliorer la qualité de la formation scolaire et professionnelle. Afin de maintenir, cependant, les normes de formation à leur haut niveau, il faudra périodiquement les repenser à la lumière du progrès des connaissances et des techniques médicales et scientifiques, surtout en ce qui concerne l'implantation des installations de formation.

Le personnel paramédical a toujours reçu sa formation dans les universités et les hôpitaux. Certains paramédicaux formés dans les universités, tels que les physiothérapeutes, reçoivent un diplôme ou un certificat tandis que d'autres, dont les diététiciennes et les assistants médico-sociaux, poursuivent leur formation jusqu'au baccalauréat ou aux études supérieures. Pour être autorisés à exercer, certains diplômés d'université doivent faire de l'internat en hôpital. D'autres paramédicaux, tels que les archivistes médicales et les techniciens médicaux, reçoivent leur formation dans les grands hôpitaux. Depuis quelque temps, à cause du manque de personnel apte à assurer un programme de formation dans tous les hôpitaux et par suite de l'expansion des instituts techniques, la partie didactique de la formation a tendance à s'enseigner de plus en plus dans les hôpitaux régionaux ou les instituts professionnels et techniques. Ces institutions sont vraisemblablement appelées à jouer un rôle grandissant

---

[1] S. Judek, *Les effectifs médicaux au Canada*, étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, chapitre 6. Ottawa, Imprimeur de la Reine. (*Sous presse.*)

dans la formation de certains paramédicaux dont les hôpitaux assurent actuellement la formation.

A cause du nombre grandissant des paramédicaux employés par les hôpitaux et parce que nous recommandons d'encourager l'expansion de l'exercice médical en groupe[1] et des programmes de soins à domicile[2] qui augmenteront les occasions d'emploi à l'extérieur des hôpitaux, nous devons nous préoccuper de leurs effectifs, de leur formation et du milieu où ils exercent leur activité. Nous allons donc examiner les tendances du nombre et de la répartition des effectifs des professions retenues, déterminer si le personnel et les moyens d'enseignement suffisent et présenter si nécessaire des estimations au sujet des besoins futurs en fait d'effectifs.

Emploi de certaines catégories de personnel sanitaire, 1953 et 1961

Les professions dont il est question ici comprennent la plupart des grandes professions paramédicales. Cependant, même la statistique relative à ces professions est maigre. Seule une publication, *La statistique des hôpitaux*[3], fournit des renseignements annuels sur le personnel paramédical. Les sociétés nationales des paramédicaux en cause ont fourni certaines données additionnelles. La statistique des hôpitaux ne comprend que les membres de chaque profession qui exercent en hôpital. Cette limitation nous a forcés à examiner l'effectif de ces paramédicaux surtout en fonction des hôpitaux. Comme les hôpitaux emploient actuellement la majorité de ces praticiens (en 1962, les hôpitaux comptaient entre 70 et 95 p. 100 des effectifs de chaque profession, pour laquelle nous possédons des données), cette limitation n'est pas trop grave. Compte tenu de cette réserve, le tableau 3-1 indique le nombre d'effectifs employés dans les hôpitaux répondants entre 1953 et 1961 et fournit une approximation de leur nombre et des tendances de leur emploi au Canada au cours de ces années.

On voit bien au tableau 3-1 l'augmentation rapide du nombre des paramédicaux employés dans les hôpitaux. Entre 1953 et 1961, il a augmenté, quant aux professions indiquées, de 6,094 à 11,648, ou de 91 p. 100. La capacité en lits et les journées d'hospitalisation des hôpitaux répondants n'ont augmenté que de 24 et 20 p. 100, respectivement, au cours de la même période[4]. L'emploi accru de ces paramédicaux tient pour beaucoup à la meilleure qualité des soins de santé que reçoivent aujourd'hui les Canadiens.

Le taux d'augmentation des diverses professions est fort différent. Certaines, telles que les techniciens médicaux et les physiothérapeutes, prennent de l'expansion à un taux fulgurant tandis que d'autres, telles que les archivistes médicales et les assistants médico-sociaux, augmentent moins

---

[1] Voir volume I, chapitre 2, recommandations 34 et 35, p. 34.

[2] *Ibid.*, recommandations 116 à 123, pp. 62 et 63.

[3] Bureau fédéral de la statistique, rapports annuels.

[4] La capacité en lits et les journées d'hospitalisation sont des mesures des installations hospitalières disponibles. Le taux d'augmentation plus lent des journées indique que l'expansion des installations au cours de la période a assuré un meilleur équilibre entre la demande de soins hospitaliers et l'offre d'installations hospitalières suffisantes. Voir volume I, chapitre 8, p. 300.

TABLEAU 3-1 PERSONNEL PARAMÉDICAL ET CAPACITÉ EN LITS ET JOURS D'HOSPITALISATION PAR PRATICIEN DANS LES HÔPITAUX RÉPONDANTS, SELON LE GENRE D'HÔPITAL, AU CANADA, EN 1953 ET 1961

Profession	1953			1961		
	Nombre de paramédicaux	Lits par praticien	Jours d'hospitalisation par praticien	Nombre de paramédicaux	Lits par praticien	Jours d'hospitalisation par praticien
	Hôpitaux généraux et hôpitaux spéciaux divers publics					
Diététiciennes	965	73	19.2	772	125	38.0
Archivistes médicales	634	111	29.3	737	131	39.8
Techniciens de laboratoire	1,774	40	10.5	4,098	24	7.2
Techniciens de radiologie	1,218	58	15.2	2,613	37	11.2
Physiothérapeutes	287	245	64.6	747	129	39.2
Ergothérapeutes	67	1,048	276.9	143	675	204.9
Assistants sociaux	197	356	94.2	291	332	100.7
	Hôpitaux privés					
Diététiciennes	18	160	44.1	9	404	117.7
Archivistes médicales	4	720	198.3	16	227	66.2
Techniciens de laboratoire	9	320	88.1	35	104	30.3
Techniciens de radiologie	9	320	88.1	26	140	40.7
Physiothérapeutes	7	412	113.3	12	303	88.3
Ergothérapeutes	1	2,881	793.1	1	3,637	1,059.2
Assistants sociaux	13	222	61.0	3	1,212	353.1
	Hôpitaux fédéraux					
Diététiciennes	—	—	—	93	108	29.1
Archivistes médicales	—	—	—	22	458	123.0
Techniciens de laboratoire	—	—	—	240	42	11.3
Techniciens de radiologie	—	—	—	123	82	22.0
Physiothérapeutes	—	—	—	5	168	45.1
Ergothérapeutes	—	—	—	60	234	62.9
Assistants sociaux	—	—	—	43	234	62.9
	Hôpitaux pour maladies mentales					
Diététiciennes	59	870	376.9	72	973	355.4
Archivistes médicales	—	—	—	—	—	—
Techniciens de laboratoire	93	552	239.1	136	515	188.2
Techniciens de radiologie	49	1,047	453.9	73	960	350.5
Physiothérapeutes	—	—	—	21	3,336	1,218.5
Ergothérapeutes	230	223	96.7	372	188	68.8
Assistants sociaux	78	658	285.1	234	299	109.4
	Hôpitaux pour tuberculeux					
Diététiciennes	63	272	92.5	42	268	70.5
Archivistes médicales	—	—	—	—	—	—
Techniciens de laboratoire	162	105	36.0	157	72	18.9
Techniciens de radiologie	120	143	48.6	107	105	27.7
Physiothérapeutes	—	—	—	—	—	—
Ergothérapeutes	—	—	—	—	—	—
Assistants sociaux	37	463	157.5	24	468	123.4

TABLEAU 3-1—*(Fin)*

Profession	1953			1961		
	Nombre de paramédicaux	Lits par praticien	Jours d'hospitalisation par praticien	Nombre de paramédicaux	Lits par praticien	Jours d'hospitalisation par praticien
	Total					
Diététiciennes	1,105	128	42.9	988	194	62.4
Archivistes médicales	638	114	30.3	775	142	42.7
Techniciens de laboratoire	2,038	69	23.3	4,666	41	13.2
Techniciens de radiologie	1,396	101	34.0	2,942	65	20.9
Physiothérapeutes	294	249	65.8	840	215	69.8
Ergothérapeutes	298	418	139.5	559	322	104.9
Assistants sociaux	325	436	145.9	595	322	103.6

SOURCE: Bureau fédéral de la statistique, Division de la santé et du bien-être social, *La Statistique des hôpitaux, 1953* et *1961*. Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964.

rapidement et qu'une profession, les diététiciennes, recule. Cependant, toutes, sauf les diététiciennes et les archivistes médicales, progressent plus rapidement que la capacité en lits et les journées d'hospitalisation. C'est ainsi que toutes, sauf ces deux dernières, accusent dans le tableau 3-1 une baisse du rapport de la capacité et des journées par paramédical entre 1953 et 1961. Dans le cas des physiothérapeutes le tableau 3-1 indique que, même s'il y a amélioration du rapport du personnel à la capacité en lits, le rapport du personnel aux journées d'hospitalisation est moins favorable. Cela tient à ce que les hôpitaux pour maladies mentales ne figuraient pas en 1953 à cause des limitations des données, mais figuraient en 1961; c'est ainsi que le rapport reflète particulièrement le volume insuffisant de soins de physiothérapie dispensés dans les hôpitaux pour maladies mentales.

La qualité des soins donnés dans divers genres d'hôpitaux au Canada varie beaucoup. C'est un point que souligne le volume I et sur lequel nous avons formulé des recommandations en vue d'y apporter remède[1]. Le tableau 3-1 montre que les hopitaux publics et fédéraux sont les mieux dotés en personnel et que les hôpitaux pour maladies mentales en sont les moins pourvus. Ces derniers, dans le cas de cinq des sept professions, accusent une capacité en lits et des journées d'hospitalisation par praticien bien supérieures à la moyenne de tous les hôpitaux. Les hôpitaux privés soignent surtout les malades chroniques et n'emploient probablement pas autant de personnel paramédical que les autres genres d'hôpitaux.

Les petits hôpitaux assurent aux malades des services moins étendus que les grands hôpitaux. Cela vaut surtout pour les services assurés par les paramédicaux. D'après le tableau 3-2, il existe, dans le cas de

[1] Voir volume I, chapitre 2, pp. 51 à 59, et chapitre 8.

TABLEAU 3-2 CAPACITÉ EN LITS ET JOURNÉES D'HOSPITALISATION PAR PARAMÉDICAL DANS LES HÔPITAUX GÉNÉRAUX PUBLICS, SELON LA TAILLE DE L'HÔPITAL, AU CANADA, EN 1961

Profession	Nombre de lits						Total	
	1–99		100–499		500 et plus			
	Capacité en lits	Journées d'hospitalisation	Capacité en lits	Journées d'hospitalisation	Capacité en lits	Journées d'hospitalisation	Capacité en lits	Journées d'hospitalisation
		milliers		milliers		milliers		milliers
Diététiciennes	245	69.6	119	36.0	88	27.2	120	36.2
Archivistes médicales	97	27.5	112	33.9	210	65.3	124	37.4
Techniciens:								
de laboratoire	56	15.8	21	6.3	15	4.8	22	6.5
de radiologie	57	16.2	32	9.8	28	8.6	34	10.2
de radiologie et laboratoire	82	23.4	1,548	467.8	4,988	1,553.0	322	97.0
Physiothérapeutes	508	144.7	149	45.1	88	27.2	143	42.9
Ergothérapeutes	19,325	5,500.0	1,492	451.0	396	123.3	935	281.5
Assistants sociaux	3,221	916.7	516	155.9	147	45.7	335	100.8

SOURCE: Bureau fédéral de la statistique, *La statistique des hôpitaux, 1961*. Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964.

95864—5½

toutes les professions indiquées sauf deux, un rapport direct entre l'intensité des services (mesurés en journées d'hospitalisation par paramédical) et la taille de l'hôpital. Les archivistes médicales et les techniciens de radiologie et laboratoire sont les deux exceptions[1].

Il y a deux autres aspects de l'effectif de ces paramédicaux qu'il faut examiner, c'est-à-dire les tendances de l'effectif du personnel diplômé et du personnel à temps partiel. Le tableau 3-3 fournit les données de 1953 et 1961, selon la profession, à l'égard des hôpitaux publics. Au cours de la période, il y a eu augmentation des diplômés de ces professions employés dans les hôpitaux. Cela montre qu'il s'est produit un relèvement général de la qualité du personnel hospitalier. Cependant, il y a encore beaucoup de paramédicaux qui ne sont pas pleinement qualifiés, particulièrement dans le cas des activités qui s'apprennent surtout dans les hôpitaux (archivistes médicales et techniciens de laboratoire et technologie). Même si une forte proportion de non-diplômés peut refléter une pénurie d'effectifs qualifiés, elle peut aussi tenir à ce que les tâches soient bien réparties entre les diplômés et les autres afin de minimiser les frais de fonctionnement.

L'emploi à temps partiel de paramédicaux est important parce que la majorité sont des femmes. Beaucoup de femmes mariées qui sont incapables de travailler à plein temps peuvent bien vouloir exercer un emploi à temps partiel. L'existence d'emplois à temps partiel assurera donc une utilisation plus complète de notre potentiel d'effectifs paramédicaux. Entre 1953 et 1961, il y a eu une certaine baisse de la proportion générale de paramédicaux employés à temps partiel, soit de 9.7 à 7.0 p. 100. Le gros de la diminution, cependant, tient au recul des techniciens de radiologie à temps partiel de 12.7 à 3.6 p. 100. Dans plusieurs activités, *e.g.*, diététiciennes, ergothérapeutes et assistants médico-sociaux, le pourcentage employé à temps partiel a augmenté. En outre, le nombre des employés à temps partiel dans l'ensemble des activités s'est accru de 500 à 659 au cours de la période.

En général, l'effectif de ces paramédicaux employés dans les hôpitaux s'est accru rapidement. L'effectif des professions formées en hôpital a augmenté le plus rapidement; dans le cas des techniciens de laboratoire et de radiologie, le nombre des diplômés s'est aussi accru rapidement. Les paramédicaux formés dans les universités n'ont généralement augmenté que modérément.

Malgré son augmentation rapide, l'effectif de ces professions ne répond pas encore aux besoins. On le voit au tableau 3-4 qui montre le nombre de postes vacants et le taux de vacance par profession dans les hôpitaux généraux et les hôpitaux spéciaux divers en 1961. Certes, le taux de vacance est au plus une mesure imprécise des besoins insatisfaits. D'après

[1] Les grands hôpitaux emploient probablement des méthodes d'archivage plus avancées qui augmentent la productivité des archivistes. Les techniciens de radiologie et de laboratoire trouvent peut-être dans les petits hôpitaux un travail qui leur est mieux adapté que dans les grands hôpitaux.

TABLEAU 3-3 EFFECTIFS DIPLÔMÉS ET NON DIPLÔMÉS ET À TEMPS PARTIEL DE CERTAINES CATÉGORIES DE PRATICIENS ET DE TECHNICIENS EMPLOYÉS DANS LES HÔPITAUX PUBLICS, EN 1953 ET 1961

Profession	1953		1961		Variation	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Diététiciennes	965	—	772	—	−193	−20.0
Diplômées	496	51.4	563	72.9	67	13.5
Autres	469	48.6	209	27.1	−260	−55.4
Nombre et % à temps partiel	57	5.9	87	11.3	—	—
Archivistes médicales	634	—	737	—	103	16.2
Diplômées	151	23.8	426	57.8	275	182.0
Autres	483	76.2	311	42.2	−172	−35.6
Nombre et % à temps partiel	69	10.9	65	8.8	—	—
Techniciens de laboratoire	1,774	—	4,098	—	2,324	131.0
Diplômés	988	55.7	2,401	58.6	1,413	143.0
Autres	786	44.3	1,697	41.4	911	115.9
Nombre et % à temps partiel	164	9.2	242	5.9	—	—
Techniciens de radiologie	1,218	—	2,613	—	1,395	114.5
Diplômés	579	47.5	1,453	55.6	874	150.9
Autres	639	52.5	1,160	44.4	521	81.5
Nombre et % à temps partiel	155	12.7	95	3.6	—	—
Physiothérapeutes	287	—	747	—	460	160.3
Diplômés	Inconnu	—	667	89.3	—	—
Autres	Inconnu	—	80	10.7	—	—
Nombre et % à temps partiel	38	13.2	104	13.9	—	—
Ergothérapeutes	67	—	143	—	76	113.4
Diplômés	Inconnu	—	108	75.5	—	—
Autres	Inconnu	—	35	24.5	—	—
Nombre et % à temps partiel	5	7.5	21	14.7	—	—
Assistants sociaux	197	—	291	—	94	47.7
Diplômés	128	65.0	227	78.0	99	77.3
Autres	69	35.0	64	22.0	−5	−7.2
Nombre et % à temps partiel	12	6.1	45	15.5	—	—

SOURCE: Bureau fédéral de la statistique, *La statistique des hôpitaux, 1953*. Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1955, et *La statistique des hôpitaux, 1961*, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964.

le tableau, si l'écart entre la demande et l'effectif a presque complètement disparu dans le cas des techniciens médicaux, il y a encore pénurie de thérapeutes, de diététiciennes et d'assistants médico-sociaux.

Le taux de radiation élevé est un premier facteur de la pénurie actuelle. Même si on forme un grand nombre de paramédicaux, le taux élevé tient à ce que les paramédicaux sont surtout des femmes. Comme dans le cas de l'enseignement, des soins infirmiers et d'autres activités

surtout féminines, les professions paramédicales accusent un taux de radiation très élevé parce que les femmes ont tendance à se retirer de la population active de façon définitive ou temporaire après leur mariage.

TABLEAU 3-4 TAUX DE VACANCE DE POSTES À PLEIN TEMPS DANS LES HÔPITAUX GÉNÉRAUX ET SPÉCIAUX DIVERS EN CE QUI CONCERNE CERTAINS PRATICIENS ET TECHNICIENS, EN 1961*

Activité	Postes établis	Postes occupés	Vacances	Taux de vacance†
Diététiciennes	972	827	145	14.9
Archivistes médicales	803	739	64	8.0
Techniciens de laboratoire	4,492	4,246	246	5.5
Techniciens de radiologie	2,760	2,712	48	1.7
Physiothérapeutes	895	764	131	14.6
Ergothérapeutes	231	176	55	23.8
Assistants sociaux	366	315	51	13.9

*Comprend les hôpitaux publics, privés et fédéraux; deux employés à temps partiel sont comptés comme l'équivalent d'un employé à plein temps.

†Le taux de vacance est le pourcentage des vacances par rapport aux postes établis.

SOURCE: Données fournies gracieusement par la Division de la santé et du bien-être social du Bureau fédéral de la statistique.

Afin de voir la situation actuelle en matière de formation et d'emploi du personnel paramédical, nous avons examiné plus en détail les grandes professions du point de vue des fonctions, de la formation exigée, des effectifs et de la pénurie. La situation est présentée ci-dessous.

Diététiciennes

Les diététiciennes ont pour fonctions principales d'organiser, d'administrer et de surveiller les services d'alimentation dans les établissements communautaires et commerciaux. Les diététiciennes ont toujours jusqu'ici exercé leur activité dans les hôpitaux, les écoles, les institutions de correction, les services armés et autres institutions semblables, mais elles tendent de plus en plus à s'employer dans les entreprises commerciales. En hôpital, la diététicienne est chargée du service d'alimentation et elle surveille le régime thérapeutique du malade ainsi que l'approvisionnement en vivres destinés au personnel médical, aux infirmières et à d'autres employés. La diététicienne hospitalière peut aussi exercer une fonction d'enseignement dans les écoles d'infirmières hospitalières ou une fonction de recherche à titre de membre de l'équipe de recherches sur le métabolisme.

Au Canada, la diététicienne diplômée est celle qui a les qualités nécessaires pour faire partie de l'Association canadienne des diététiciennes. L'adhésion à l'Association suppose le baccalauréat en économie domestique et un internat d'ordre diététique de dix à douze mois dans un hôpital agréé

ou trois années d'expérience attestée. La possession de la maîtrise en alimentation et nutrition permet aussi d'adhérer à l'Association. A l'heure actuelle, seize universités canadiennes donnent des cours accrédités en économie domestique. Les hôpitaux où peut se faire l'internat sont dispersés dans la plupart des provinces. Le Manitoba, le Nouveau-Brunswick, l'Île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve, cependant, ne comptent pas d'hôpital doté d'installations de formation pour l'internat en diététique.

A l'échelon sous-professionnel de l'activité diététique se situent les «aides-diététiciennes» certifiées telles que les surveillantes d'alimentation et les assistantes-diététiciennes. Pour être apte à exercer ces postes, il faut terminer avec succès le programme d'études enseigné dans les écoles professionnelles ou organisé conjointement par les associations provinciales d'hôpitaux et de diététiciennes. A un troisième échelon du service diététique se trouvent les «aides-diététiciennes» non certifiées, lesquelles doivent avoir reçu une formation en cours de service dans un hôpital d'une durée déterminée qui varie de 6 à 18 mois.

Même si le nombre de diététiciennes hospitalières a diminué, celui des diplômées s'est accru. En 1961, les hôpitaux comptaient 988 diététiciennes contre 1,105 en 1953. La statistique relative à la répartition des diététiciennes selon la qualification professionnelle se limite aux hôpitaux publics. Entre 1953 et 1961, le nombre de diététiciennes diplômées y a augmenté de 496 à 552 tandis que celui de toutes les diététiciennes (diplômées et autres) y a diminué de 965 à 772. Aussi bien, environ sept diététiciennes sur dix employées dans les hôpitaux publics en 1961 étaient-elles diplômées contre cinq sur dix en 1953. Comme les hôpitaux publics comptent 80 p. 100 environ de toutes les diététiciennes hospitalières, les hôpitaux canadiens emploient de plus en plus de diététiciennes diplômées et de moins en moins de diététiciennes non diplômées.

L'augmentation du volume des soins hospitaliers exprimés en journées d'hospitalisation et la diminution du nombre de diététiciennes employées durant la période semblent indiquer qu'il existe une pénurie de diététiciennes. A cause de l'augmentation des effectifs diplômés et parce que les hôpitaux ont tendance depuis quelque temps à s'en remettre aux traiteurs commerciaux pour une partie de la préparation des aliments qui se faisait antérieurement dans la cuisine des hôpitaux, l'augmentation des journées d'hospitalisation par diététicienne ne constitue pas une bonne mesure de la pénurie d'effectifs.

L'Association canadienne des diététiciennes a proposé comme norme de service diététique une diététicienne diplômée pour 100 lits (capacité théorique). A supposer que le volume de service dans les hôpitaux de 100 lits soit trop faible pour justifier l'emploi d'une diététicienne diplômée à plein temps, on peut déterminer le besoin de ces effectifs dans les hôpitaux de 100 et plus en y appliquant la norme à la capacité totale en lits. Cela étant, les hôpitaux publics avaient ainsi besoin d'environ 670 diététiciennes diplômées en 1961 alors qu'ils en comptaient 552. Le nombre de vacances déclarées fournit aussi une indication de la pénurie. En 1961, il existait

145 postes à plein temps vacants (15 p. 100) de diététiciennes dans les hôpitaux publics, fédéraux et privés. C'est ainsi que le taux de vacance dans le cas de diététiciennes était le plus élevé de toutes les professions paramédicales considérées dans la présente étude.

Malgré la pénurie de ces effectifs, on n'a pas à songer à développer les installations de formation à l'heure actuelle parce que les cours d'économie domestique des universités et les moyens de formation des internes en diététique des hôpitaux sont actuellement sous-utilisés. L'insuffisance des salaires est un facteur qui influe sur l'inaptitude des hôpitaux à attirer et à garder chez eux des diététiciennes diplômées en nombre suffisant[1]. Afin d'y attirer des diététiciennes, il faut que les salaires offerts par les hôpitaux soient proportionnés à ceux que versent d'autres entreprises et à ceux qui sont payés à d'autres praticiens hospitaliers qui ont une formation scolaire et des responsabilités semblables. Les hôpitaux doivent aussi faire face à un problème qui est de garder à leur service les diététiciennes qu'ils emploient. Beaucoup de femmes mariées cessent de travailler lorsque leurs obligations familiales viennent en conflit avec leur activité professionnelle. Il se peut que des salaires supérieurs et des conditions de travail meilleures incitent un bon nombre de femmes mariées à retourner au travail hospitalier.

Un autre moyen de résoudre la pénurie actuelle de diététiciennes diplômées pourrait être de développer les programmes de formation d'«aides-diététiciennes» certifiées dont la formation exige moins de temps que les diplômées. L'utilisation accrue de ces auxiliaires, si elles sont bien surveillées, augmentera la productivité de la profession.

Un autre problème qui se pose est celui d'assurer que le service diététique soit satisfaisant dans les petits hôpitaux. A cause du petit nombre de malades, l'emploi d'une diététicienne diplômée dans ces hôpitaux ne peut se justifier du point de vue économique. Une solution pratique au problème qu'est celui d'assurer une alimentation de qualité à un coût économique dans les petits hôpitaux serait peut-être d'organiser à l'échelon régional des services de santé où une diététicienne diplômée, aidée d'auxiliaires certifiées (*e.g.*, surveillantes de l'alimentation), servirait un groupe de petits hôpitaux.

Archivistes médicales

L'archiviste médicale, qui exerce son activité dans les hôpitaux et les centres sanitaires, s'occupe des dossiers des malades, lesquels montrent l'évolution de leur maladie et de leur traitement. Ses fonctions comprennent plus précisément les suivantes: «*a*) veiller à assurer l'intégralité et l'exactitude des dossiers des malades; *b*) coder et indexer les maladies, les opérations et les traitements spéciaux selon diverses classifications reconnues; *c*) aider le personnel médical dans les recherches qui font appel aux archives médicales; *d*) choisir et totaliser pour des fins spéciales de l'hôpital, du centre ou des

[1] *Ontario Dietetic Association*, mémoire présenté à la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Toronto, mai 1962, p. 3, et *Manitoba Hospital Survey Board, Rapport sur le personnel hospitalier*, p. 173. Winnipeg, Imprimeur de la Reine, 1963.

autorités sanitaires des données puisées dans les archives; *e*) extraire des historiques en vue de rapports spéciaux; *f*) rédiger périodiquement des textes narratifs et statistiques sur l'utilisation qui est faite de l'hôpital ou du centre; *g*) répondre, selon la ligne de conduite établie, à des demandes de renseignements puisées dans les archives; *h*) représenter l'hôpital ou la clinique devant les tribunaux ou à l'occasion d'autres activités médico-légales; et *i*) faire partie du comité des archives médicales de l'hôpital[1].»

L'archiviste médicale doit de plus en plus posséder une formation et des titres scolaires. Au Canada, l'archiviste médicale qualifiée doit être inscrite auprès de l'Association canadienne des archivistes médicales. Pour pouvoir s'y faire inscrire, l'intéressée doit avoir reçu sa formation à une école agréée. En 1961, onze écoles hospitalières dispensaient un enseignement agréé par l'Association. Ces cours étaient d'une durée de douze mois. Pour y être admise, la candidate doit avoir son immatriculation et connaître la sténographie et la dactylographie. En plus des programmes de formation hospitaliers, l'Association des hôpitaux du Canada assure, en collaboration avec l'Association canadienne des archivistes médicales, un cours «d'extension» de huit mois au bénéfice des effectifs non diplômés des services d'archives médicales des petits hôpitaux.

Le nombre des archivistes médicales diplômées et autres employées dans les hôpitaux généraux et divers publics et les hôpitaux privés s'est accru de 18 p. 100 entre 1953 et 1961, année où il a atteint 753. Au cours de la période, le nombre des archivistes médicales diplômées a progressé beaucoup plus rapidement. Ainsi, dans les hôpitaux publics qui comptent le gros de ces dernières, elles ont augmenté en nombre de 151 à 426 ou de 182 p. 100. Dans ces hôpitaux, les diplômées formaient presque 60 p. 100 de toutes les archivistes en 1961 contre moins de 25 p. 100 en 1953.

Malgré l'emploi accru de ces diplômées ces dernières années, l'Association canadienne des archivistes médicales a signalé une pénurie de diplômées en 1961. D'après l'Association, les hôpitaux généraux devraient compter une archiviste diplômée pour 100 lits[2]. Si l'on applique cette norme aux hôpitaux publics de 100 lits et plus, il y fallait 244 archivistes diplômées de plus en 1961. Comme il existe une certaine interchangeabilité entre archivistes non diplômées et diplômées, la pénurie est peut-être moins grande que ne l'indiquent ces chiffres. En 1961, les hôpitaux publics, privés et fédéraux ont déclaré qu'il existait 64 postes d'archiviste à plein temps vacants, mais c'est un chiffre qui sous-estime la pénurie d'archivistes cette année-là. Le faible taux de radiation de la profession, du fait que le tiers environ de ses membres sont des religieuses, a aidé à empêcher l'apparition d'une pénurie plus grave.

Nous en concluons qu'il existe une pénurie modérée d'archivistes. Cependant, à cause de l'intervention accrue des archives médicales dans le maintien de soins de santé de haute qualité et du fait du volume accru de services de santé, que déterminera le Régime de services de santé dont la

---

[1] *Manitoba Hospital Survey Board, op. cit.*, p. 182.

[2] *Association canadienne des archivistes médicales,* mémoire présenté à la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Toronto, 25 mai 1962, p. 2.

Commission a recommandé l'établissement, il faudra beaucoup accroître la masse des archives médicales et la demande d'archivistes en augmentera d'autant. D'autre part, l'adoption générale de nouvelles méthodes de réunion, de codage et de classement des archives devrait tendre à réduire la demande d'archivistes. Il est improbable, cependant, que l'automatisation influe beaucoup sur la demande d'archivistes dans l'avenir prévisible. Les moyens de formation existant sont suffisants pour répondre à l'expansion des inscriptions qui doit nécessairement se produire afin de combler la pénurie actuelle et de répondre aux besoins futurs. L'expansion continue de l'aide financière accordée dans le cadre des Subventions nationales à la santé, du Programme de la formation technique et professionnelle et du Régime d'assurance-hospitalisation concourra à stimuler l'expansion nécessaire des inscriptions.

L'emploi d'archivistes médicales diplômées à plein temps ne s'impose que dans les hôpitaux dont l'activité soignante est relativement considérable et complexe. La garde des archives médicales continuera donc dans les petits hôpitaux d'être assurée par des infirmières ou des commis. Cependant, un système en vertu duquel une archiviste diplômée surveillerait sur un pied régional les archives d'un groupe de petits hôpitaux permettrait d'assurer dans les régions rurales des services d'archives dont la qualité réponde à une norme suffisante.

Techniciens médicaux

TECHNICIENS DE LABORATOIRE

L'activité du technicien de laboratoire comprend tous les travaux de laboratoire qui aident à dépister et à enrayer la maladie ainsi qu'à étudier et à maintenir les fonctions normales de l'organisme humain[1]. Au Canada, les quatre cinquièmes environ des techniciens de laboratoire certifiés exercent leur activité dans les hôpitaux et les autres, dans les laboratoires des gouvernements provinciaux, les universités et les laboratoires privés.

L'homologation de ces praticiens est assurée par la Société canadienne des techniciens de laboratoire qui décerne, après examen, un certificat de technicien licencié comme titre exigé pour l'exercice de la profession aux personnes qui réussissent aux examens de la Société. Seuls des diplômés des programmes de formation peuvent se présenter aux examens[2]. En 1960, il existait au Canada 119 centres agréés de formation de techniciens de laboratoire. Ces centres se rangeaient dans quatre catégories: laboratoires hospitaliers agréés, laboratoires des gouvernements provinciaux, laboratoires centralisés régionaux et universités.

Les programmes de formation dirigés par les laboratoires d'hôpital agréés relèvent d'un pathologiste certifié et durent 12 à 24 mois. Le personnel

---

[1] Ministère du Travail, *Medical Laboratory Technologists*, monographie 42, *Canadian Occupation Series*. Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1957.

[2] Les programmes de formation sont approuvés par le Comité d'agrément des laboratoires hospitaliers pour la formation des techniciens médicaux, de l'Association médicale canadienne.

technique assure l'enseignement théorique et pratique de la technique médicale. La formation donnée dans les laboratoires des gouvernements provinciaux se divise en deux étapes: 6 à 8 mois de théorie suivis d'un stage d'une année dans un laboratoire hospitalier agréé. Dans le cadre de la formation centralisée, les laboratoires hospitaliers agréés coordonnent l'aspect didactique de la formation dans un centre; ensuite, les élèves retournent à leur hôpital pour y faire un stage d'un an. Tous les cours universitaires de technique médicale sont approuvés par l'Association médicale canadienne. Les Universités de la Saskatchewan et de l'Alberta ont un cours du baccalauréat de trois ans en technique médicale et les autres universités, un cours de deux ans sanctionné par un diplôme.

L'effectif de techniciens de laboratoire s'accroît rapidement depuis quelques années. Entre 1953 et 1961, le nombre employé dans tous les hôpitaux répondants, sauf les hôpitaux fédéraux, est passé de 2,038 à 4,426, soit une progression de près de 120 p. 100. En plus de cette rapide progression numérique, un autre aspect de l'effectif de la profession est particulièrement à mentionner, c'est-à-dire la vive montée de l'emploi de techniciens diplômés. Au cours de la période, les hôpitaux publics en ont employé un nombre additionnel de 1,413, si bien que les diplômés formaient 58.6 p. 100 de tous les techniciens de laboratoire de ces hôpitaux en 1961 contre 55.7 p. 100 en 1953. Ces dernières années, la productivité de ces praticiens a vivement augmenté. On estime qu'il y a eu une augmentation annuelle de 12 p. 100 du volume d'unités de laboratoire par technicien au cours de la période[1].

Malgré l'augmentation marquée des effectifs, il semble qu'il existait encore en 1961 une certaine pénurie, mais on ne croit pas qu'elle fût grave. Ainsi, en 1961, seulement 246 postes établis sur 4,492 étaient vacants, soit un taux de vacance de 5.5 p. 100 auquel seul le taux d'une autre des professions en cause est inférieur. Nous en concluons qu'il n'existe pas grande pénurie de ces praticiens.

Puisque la coordination et la concentration de l'aspect didactique de la formation permettent d'utiliser de façon plus rationnelle le personnel qui assure la formation et de donner une formation de plus haute qualité, il faudrait stimuler l'expansion des programmes de formation centralisés. Avant de pouvoir le faire, cependant, à cause de la pénurie actuelle d'enseignants qualifiés, il faudra donner une certaine expansion aux programmes de formation avancée. Certains hôpitaux ont déjà établi des cours de certification avancée, mais le nombre de cours supérieurs semble insuffisant. Les universités, en particulier, devraient aviser à instituer des cours avancés de technique médicale.

Afin d'assurer le maintien de l'effectif de techniciens de laboratoire, nous devons nous préoccuper de leur taux de radiation élevé. D'après la Société canadienne des techniciens de laboratoire, 90 p. 100 environ des techniciens sont des femmes qui exercent rarement la profession plus de

[1] A. D. Boyd, *Les effectifs paramédicaux au Canada*, étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé. Ottawa, Imprimeur de la Reine. (*Sous presse.*)

2 à 3 ans[1]. Le relèvement des traitements aurait peut-être pour effet d'y attirer plus d'hommes. En outre, l'augmentation du nombre de techniciens diplômés du sexe masculin impartira de la stabilité aux postes supérieurs et assurera la présence constante de techniciens expérimentés au bénéfice de la formation des élèves. L'amélioration des conditions de travail et la diminution des heures de travail réduiront peut-être le taux auquel les femmes abandonnent la profession et amèneront peut-être des femmes mariées à y revenir à temps partiel.

Beaucoup de petits hôpitaux ruraux n'ont pas de technicien de laboratoire, même si certains de ces hôpitaux fusionnent le travail de laboratoire et de radiologie. En 1961, 70 p. 100 environ des hôpitaux de moins de 100 lits ne comptaient pas de technicien de laboratoire qualifié. Cela ne signifie pas que les services de laboratoire nécessaires ne s'assuraient pas, mais plutôt qu'ils s'assuraient à l'extérieur. Les petits hôpitaux font effectuer leurs travaux de laboratoire dans les grands hôpitaux ou dans les laboratoires provinciaux. A cause du faible volume de leurs besoins, beaucoup de petits hôpitaux jugent plus économique de s'en remettre à l'extérieur. Il semble donc qu'il n'y ait pas lieu de modifier les choses.

TECHNICIENS DE RADIOLOGIE

Ce groupe paramédical s'intéresse aux aspects techniques de la radiation ionisante et à son utilisation en médecine, sous la surveillance d'un médecin. La plupart des techniciens de radiologie font du radiodiagnostic et certains se spécialisent en radiothérapie, mais seulement quelques-uns d'entre eux s'occupent des deux domaines. La majorité des techniciens sont des employés d'hôpital, mais d'autres travaillent dans les cabinets de radiologues, de dentistes ou de groupes ainsi que dans les laboratoires qui servent les professions médicales.

C'est surtout dans les hôpitaux que se trouvent les centres agréés où les futurs techniciens acquièrent leur formation, mais certaines universités, certaines écoles professionnelles et quelques instituts techniques ont aussi été désignés comme centres d'enseignement[2]. Il faut avoir terminé au moins la pré-immatriculation pour être admis dans une école agréée ou satisfaire aux normes de l'entrée à l'université pour être admis dans le centre universitaire de formation. La durée de la formation est de 24 mois pour les étudiants en radiodiagnostic ou en radiothérapie et de 36 mois pour ceux qui acquièrent les deux disciplines.

La Société canadienne des techniciens de radiologie est le seul organisme de certification du genre au Canada. Les examens de certification tant pour le radiodiagnostic que pour la radiothérapie ont lieu deux fois l'an. Les candidats heureux reçoivent un certificat et ont droit à la qualification de technicien licencié. Actuellement, les diplômés des centres non agréés

---

[1] *Société canadienne des techniciens de laboratoire*, mémoire présenté à la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Toronto, 31 mai 1962, p. 9.

[2] Les six universités ayant un centre de formation des techniciens de radiologie sont situées en Saskatchewan, en Ontario, au Québec et en Nouvelle-Écosse.

sont autorisés à se présenter aux examens de certification au même titre que les diplômés des écoles agréées, mais, après mai 1966, seuls ces derniers y seront admis.

Ces dernières années, le nombre de techniciens travaillant dans les hôpitaux a augmenté sensiblement. Dans tous les hôpitaux sauf ceux du gouvernement fédéral, il a plus que doublé de 1953 à 1961, passant de 1,396 à 2,819. L'accroissement réel est encore plus marqué puisque, pendant cette période, une proportion de plus en plus élevée de techniciens a exercé à temps plein. En 1961, 96 p. 100 des techniciens des hôpitaux publics travaillaient à temps plein comparativement à 87 p. 100 en 1953. La qualification du groupe s'est nettement améliorée, aussi, au cours de la même période. Ainsi, par exemple, dans les hôpitaux publics qui comptent les neuf dixièmes des techniciens de radiologie hospitaliers, il y avait 1,453 techniciens qualifiés (56 p. 100) en 1961, contre 579 (48 p. 100) en 1953.

Si l'effectif s'est améloré de 1953 à 1961, il ne faudrait pas en conclure que la situation était entièrement satisfaisante. Il existe certaines vacances, mais la pénurie de techniciens est assez modérée. En 1961, seulement 58 des 2,760 postes à temps plein étaient vacants; cela équivalait à un taux de vacance de 1.7 p. 100, le plus bas de tous les groupes étudiés. On peut donc en conclure qu'il n'y a pas de pénurie grave d'effectifs.

Pour assurer un effectif suffisant de professeurs de radiologie qualifiés, il semble souhaitable d'accroître quelque peu le nombre de cours supérieurs et de cours de perfectionnement. En outre, la réorganisation des programmes de formation des hôpitaux afin de coordonner l'enseignement dans les écoles centralisées permettrait une utilisation plus efficace des ressources. Les écoles de formation centralisée devraient être établies de préférence dans des hôpitaux régionaux, des écoles professionnelles et des instituts de technologie. Grâce à l'expansion des cours supérieurs, les techniciens pourraient acquérir la compétence requise pour remplir des postes supérieurs et la profession en serait d'autant plus attrayante pour les hommes.

Le taux de radiation élevé est un des facteurs qui influe sur l'effectif. La Société canadienne des techniciens de radiologie estime qu'une forte proportion de ses membres sont des diplômés qui ont moins de cinq ans d'expérience[1]. Pour faire baisser le taux de radiation, il faudrait amener plus d'hommes à devenir techniciens de radiologie; la chose serait possible si les traitements étaient majorés. Par ailleurs, l'amélioration des conditions et des heures de travail aiderait peut-être à retenir les femmes dans la profession.

Reste à assurer que les services de radiologie soient de qualité acceptable dans les petits hôpitaux. Lorsqu'elles sont situées dans une région rurale, ces institutions fournissent en général moins de services de radiologie que les grands hôpitaux et elles éprouvent de la difficulté à trouver des techniciens de radiologie licenciés. En 1961, environ les deux tiers des hôpitaux de moins de cent lits n'avaient pas de technicien licencié néanmoins. Ces

[1] *Société canadienne des techniciens de radiologie*, mémoire présenté à la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Toronto, 29 mai 1962, p. 8.

hôpitaux pourraient assurer des services de haute qualité si un technicien qualifié servait deux ou trois petits hôpitaux dans une même région[1]. Nombre de techniciens qualifiés hésitent à travailler dans un hôpital rural car cela les les empêche de se perfectionner, ce qui limite leurs chances d'accéder à des postes plus rémunérateurs. Il s'ensuit que les petits hôpitaux des secteurs ruraux pourraient fort bien ne pas réussir à recruter le personnel qualifié dont ils ont besoin. On a dit que la mise sur pied d'un service itinérant de contrôle et l'institution de cours de perfectionnement pourraient vaincre la répugnance des techniciens à l'égard du secteur rural car ils n'auraient plus à craindre de s'y arriérer[2]. Il y aurait donc lieu d'étudier sérieusement cette solution.

TECHNICIENS DE SALLE D'OPÉRATION

Travaillant exclusivement dans les hôpitaux, les techniciens de salle d'opération constituent un groupe paramédical assez récent car des infirmières remplissaient leurs fonctions auparavant. N'étant pas très nombreux au Canada, ils n'ont pas fondé leur propre organisme national. Il n'existe donc aucun programme de formation accrédité. Les hôpitaux ont établi deux genres de cours pour ceux qui aspirent à cette profession. Certains grands hôpitaux donnent une formation de base à leurs propres techniciens de salle d'opération. D'une durée de six mois, le cours s'adresse aux employés qui ont accompli deux ans de service à titre d'infirmiers non diplômés. Plus récemment, l'Hôpital général de Winnipeg a établi un cours de six mois appelé à former des techniciens qui travailleront dans d'autres hôpitaux. Actuellement, on y accepte seulement dix étudiants par année.

Les fonctions auxiliaires exercées en salle d'opération sont bien précises et les techniciens de salle d'opération peuvent les remplir aussi bien que les infirmières licenciées. Le personnel infirmier étant rare et sa formation étant plus longue, la substitution des techniciens aux infirmières, dans les salles d'opération, permettra une répartition plus judicieuse de nos effectifs sanitaires. L'emploi de techniciens, plutôt que d'infirmières ou d'élèves-infirmières, réduit le roulement du personnel. Afin d'assurer que l'effectif de techniciens de salle d'opération soit assez élevé pour permettre la substitution, la Commission a recommandé dans le volume I qu'«on établisse une nouvelle catégorie d'emplois à l'égard de ce travail et aussi des traitements suffisants pour y attirer des hommes[3]».

AUTRES TECHNICIENS

La complexité croissante de l'équipement utilisé pour le diagnostic et le traitement des maladies dans les cabinets des médecins, les hôpitaux

---

[1] *Manitoba Hospital Survey Board, op. cit.*, p. 142.

[2] *Société canadienne des techniciens de radiologie, Division du Manitoba,* mémoire présenté à la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Winnipeg, 17 janvier 1962, p. 10.

[3] Voir volume I, chapitre 2, recommandation 139, p. 69.

et les laboratoires a amené une demande correspondante de personnel pour faire fonctionner cet équipement. Nous avons décrit des groupes de techniciens dans des domaines où il faut des connaissances et des techniques spéciales et où des qualifications précises sont prérequises à l'exercice. Ces qualifications varient entre une formation scolaire et la certification dans le cas des techniciens de radiologie, et plusieurs mois de formation dans un hôpital sans certification officielle dans le cas des techniciens de salle d'opération.

Il y a d'autres domaines où les exigences quant à la formation sont encore moins précises ou moins universellement acceptées. Parmi ceux-ci on compte les techniciens d'électroencéphalographie dont l'apprentissage varie entre trois et quatre ans. Comme l'équipement dont ils se servent, ils sont surtout employés dans les hôpitaux.

Par ailleurs, les techniciens d'électrocardiographie sont surtout employés dans les cliniques ou les cabinets des médecins. Ce genre de travail exige une formation restreinte et est souvent exécuté par des infirmières ou d'autres employés du cabinet, de la clinique ou de l'hôpital.

Thérapeutes

PHYSIOTHÉRAPEUTES

La physiothérapie est le traitement des maladies et des blessures par la chaleur, la lumière, l'électricité, les massages, des exercices thérapeutiques et autres méthodes de réadaptation[1]. Reconnue comme un précieux auxiliaire du traitement médical et rééducateur moderne, elle est fort utilisée dans tous les secteurs de la médecine, y compris la chirurgie (orthopédie, neurochirurgie et chirurgie réparatrice), la neurologie, l'obstétrique, la gynécologie, la pédiatrie et la gérontologie. Les physiothérapeutes exercent dans les divers services des hôpitaux généraux et spéciaux et des hôpitaux de réadaptation, dans les centres externes, dans les cliniques privées et à domicile. Les trois cinquièmes des physiothérapeutes sont des employés d'hôpital, mais, peu importe où ils travaillent, ils ne donnent des traitements que sous la direction d'un médecin.

Dans la plupart des provinces, seuls les physiothérapeutes homologués en vertu d'une loi provinciale ont le droit d'exercer[2]. Les normes de formation établies par la loi sont semblables à celles reconnues par la *Canadian Physiotherapy Association*. L'organisme national comprend seulement les diplômés d'écoles de physiothérapie affiliées à des universités canadiennes qui ont fait un internat de cinq mois et les physiothérapeutes formés à l'étranger qui détiennent un diplôme ou un grade universitaire que reconnaît la *Canadian Physiotherapy Association* ou qui ont réussi ses examens spéciaux. Actuellement, il y a, au Canada, six écoles de physio-

[1] *Manitoba Hospital Survey Board, op. cit.*, p. 145.

[2] Le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse, l'Ontario, le Manitoba, la Saskatchewan, l'Alberta et la Colombie-Britannique ont une loi de ce genre; l'homologation est obligatoire, sauf en Alberta.

thérapie, chacune établie au sein d'une faculté de médecine[1]. La moitié d'entre elles ont un cours à la fois de physiothérapie et d'ergothérapie; les autres ont un cours distinct pour chaque spécialité. Pour être diplômé en physiothérapie, il faut avoir terminé avec succès deux ou trois ans d'études et avoir fait un internat déterminé. Au niveau postuniversitaire, l'Université McGill décerne un diplôme aux personnes qui ont mené à bonne fin quatre ans de cours dans les deux thérapies à la fois, et l'Université de Toronto offre une formation encore plus poussée à ceux qui désirent obtenir un diplôme pour enseigner la physiothérapie. En outre, il existe des cours de perfectionnement pour les physiothérapeutes traitants.

En 1961, il y avait 840 physiothérapeutes dans les hôpitaux canadiens; 90 p. 100 travaillaient dans des hôpitaux généraux publics et des hôpitaux spéciaux divers. De 1953 à 1961, l'effectif des hôpitaux publics est passé de 287 à 747. Cet accroissement de 160 p. 100, qui constitue l'augmentation procentuelle la plus considérable enregistrée par un des groupes paramédicaux en cause, a entraîné une baisse importante du nombre de lits et de journées d'hospitalisation par physiothérapeute au cours de la période en question. L'effectif s'est aussi amélioré dans les hôpitaux privés. Dans les hôpitaux publics, environ 14 p. 100 travaillaient à temps partiel.

Si l'effectif s'est accru plus rapidement que les besoins, de 1953 à 1961, cela ne veut pas dire que la situation était entièrement satisfaisante, même la dernière année. Il existe de nombreux indices qu'il y avait grave pénurie de personnel en 1961, année où le Canada comptait un physiothérapeute diplômé pour 14,500 habitants, comparativement à 2,200 au Danemark, 2,600 en Suède, 6,000 au Royaume-Uni, 8,000 en Australie et 12,000 en France. L'écart entre les provinces, en ce qui a trait au rapport physiothérapeute-population (1 pour 10,800 habitants en Colombie-Britannique, contre 1 par 37,700 personnes à Terre-Neuve), porte à croire que l'effectif est insuffisant et mal réparti. De fait, on prétend que la moitié des malades et blessés qui auraient besoin de physiothérapie et qui pourraient en profiter sont incapables d'obtenir des soins de cette nature au Canada[2].

Le nombre de postes vacants dans les hôpitaux témoigne encore de la pénurie de physiothérapeutes. En 1961, il y avait 895 emplois à temps plein dans tous les hôpitaux, sauf les hôpitaux pour maladies mentales et pour tuberculeux; 131 (14.6 p. 100) de ces postes étaient vacants. Ce taux de 14.6 p. 100 était le troisième en importance parmi ceux des sept groupes paramédicaux étudiés; seuls celui des ergothérapeutes et celui des diététiciens étaient plus élevés.

Afin d'assurer un effectif satisfaisant, le Comité permanent de la *Canadian Conference on Physiotherapy* a recommandé: que sept autres écoles de physiothérapie soient établies, chacune dans une université dotée d'une

---

[1] Université de Toronto, Université de Montréal, Université d'Alberta, Université de la Colombie-Britannique et Université McGill.

[2] *The Continuing Committee of the Canadian Conference on Physiotherapy*, mémoire présenté à la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Toronto, 24 mai 1962, p. 2.

faculté de médecine; que deux autres écoles préparant au diplôme de physiothérapie soient établies dans des universités qui n'ont pas de faculté de médecine; que ces écoles soient établies pour 1971[1]. Les praticiens, une fois diplômés, ont tendance à exercer dans le voisinage de leur école. Aussi, vu la mauvaise répartition des effectifs, les premières installations devraient être aménagées au Québec et dans les provinces de l'Atlantique[2].

Le taux de radiation élevé est une des causes principales de la pénurie actuelle. D'après certaines estimations, environ 10 p. 100 des diplômés des écoles canadiennes de physiothérapie n'exercent jamais et 65 p. 100 cessent d'exercer moins de cinq ans après avoir obtenu leur diplôme[3]. Des traitements plus élevés et de meilleures conditions de travail encourageraient peut-être les femmes à persister dans la profession. Une rémunération plus adéquate accroîtrait aussi le nombre des physiothérapeutes de sexe masculin dont le taux de radiation est moins considérable.

La plupart des petits hôpitaux n'ont pas de physiothérapeute qualifié. En 1961, sur 604 hôpitaux répondants de moins de 100 lits, seulement deux en comptaient un. Cela tient à ce que la demande est assez négligeable dans ce genre d'institutions dont les moyens financiers ne permettent d'ailleurs pas de fournir de tels soins. On pourrait régler le problème en s'y attaquant à l'échelon régional. L'établissement d'un service régional itinérant de physiothérapie grâce auquel le même praticien exercerait dans quelques petits hôpitaux permettait à ces derniers de fournir des soins appropriés à leurs malades.

ERGOTHÉRAPEUTES

L'ergothérapie est une thérapeutique utilisée par un spécialiste qui, sous la surveillance d'un médecin, aide aux malades à recouvrer autant que possible l'usage de leurs facultés physiques et mentales grâce à des efforts personnels, à des travaux manuels et à une activité créatrice, récréative, sociale, éducatrice, préprofessionnelle et industrielle. En plus de soigner les malades, les ergothérapeutes peuvent enseigner ou occuper des postes administratifs[4]. Dans le passé, ils s'occupaient surtout des malades de longue hospitalisation, mais, depuis quelques années, leur champ d'action est plus vaste. De nos jours, ils assurent une bonne part des traitements dans des ateliers communautaires ou curatifs. Ils participent aussi à des régimes de soins à domicile et traitent les malades qui font un bref séjour dans un hôpital général. Toutefois, environ les deux tiers des ergothérapeutes hospitaliers travaillent dans les hôpitaux pour maladies mentales. En 1961, à peu près le tiers des ergothérapeutes en activité au Canada exerçaient leur profession dans des services ou des centres de réadaptation.

---

[1] *The Continuing Committee of the Canadian Conference on Physiotherapy, op. cit.*, pp. 14 et 15.

[2] Voir recommandation 209, p. 71.

[3] *Canadian Physiotherapy Association,* mémoire présenté à la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, mars 1962, p. 8.

[4] En 1961, la *Canadian Association of Occupational Therapy* comptait 342 membres, dont 2 occupaient des postes administratifs et 21 faisaient de l'enseignement.

Au Canada, il existe six écoles d'ergothérapie; chacune fait partie d'une faculté de médecine[1]. La moitié décernent le doplôme d'ergothérapie et les trois autres, le diplôme d'ergothérapie et de physiothérapie. Les cours durent de deux à trois ans, sans compter l'internat de six mois. La *Canadian Association of Occupational Therapy* a aussi établi, à Kingston, un cours de dix-huit mois sanctionné par un diplôme. Pour y être admis, il faut détenir un diplôme en sciences infirmières, être bachelier ès arts ou avoir une certaine expérience équivalente de l'ergothérapie.

L'effectif s'est sensiblement accru ces dernières années. Le nombre global d'ergothérapeutes employés dans les hôpitaux publics et privés et les institutions pour maladies mentales est passé de 298 en 1953 à 516 en 1961. L'immigration a fortement augmenté les effectifs. Ainsi, de 1957 à 1961, la proportion des membres de l'association nationale en activité et formés à l'étranger est passée de 26 à 36 p. 100. Comme la capacité en lits des hôpitaux et le nombre de journées d'hospitalisation ont augmenté moins rapidement que l'effectif, de 1953 à 1961, le rapport entre le nombre de journées d'hospitalisation et la capacité en lits, par employé, de ce groupe paramédical s'est amélioré pendant la période. En 1961, environ 85 p. 100 des ergothérapeutes des hôpitaux publics travaillaient à temps plein, contre 92 p. 100 en 1953.

Malgré cet accroissement rapide, l'effectif est loin d'être suffisant. D'après le Comité de la réadaptation de l'Association médicale canadienne, il devrait y avoir un ergothérapeute pour 15,000 habitants[2]. Pour atteindre cette norme, il aurait fallu 1,200 praticiens en 1961; l'association nationale ne comptait alors que 342 membres, dont seulement 319 prodiguaient des soins aux malades. Le nombre de vacances dans les hôpitaux témoigne aussi d'une grave pénurie. En 1961 seulement 176 des 231 postes à temps plein étaient occupés dans les hôpitaux généraux et les hôpitaux spéciaux divers. Le taux de vacance de 24 p. 100 était nettement le plus élevé parmi tous les groupes paramédicaux étudiés. Selon la *Canadian Association of Occupational Therapy,* 367 postes étaient vacants dans les hôpitaux pour maladies mentales en 1961. D'après une estimation modérée, il manquait alors 400 à 500 ergothérapeutes qualifiés au Canada.

La profession, dont la majorité des membres sont des femmes, accuse un taux de radiation élevé. Ainsi, de janvier 1957 à décembre 1961, 300 ergothérapeutes formés au Canada sont entrés en fonctions, mais 298 ont démissionné au cours de la même période. Naturellement, le taux de radiation serait moins considérable si la profession comptait plus d'hommes, possibilité qui pourrait devenir un fait si les traitements étaient majorés. En outre, on devrait profiter des programmes d'orientation professionnelle des écoles secondaires pour faire ressortir les débouchés qui s'offrent aux ergothérapeutes de sexe masculin. On pourrait peut-être aussi retenir les

---

[1] L'Université de Toronto, l'Université de Montréal, l'Université du Manitoba, l'Université de l'Alberta, l'Université de la Colombie-Britannique et l'Université McGill.

[2] *The Canadian Association of Occupational Therapy,* mémoire présenté à la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Toronto, 23 mai 1962, p. B-2.

femmes mariées dans la profession si les conditions et les heures de travail y étaient plus avantageuses.

Une autre façon d'atténuer la pénurie serait de former un plus grand nombre d'aides afin de décharger les ergothérapeutes du train-train et de leurs fonctions secondaires. En plus des tâches que leur confient les ergothérapeutes qualifiés, les auxiliaires voient à l'entretien du matériel et préparent les malades qui sont traités[1]. Leur travail doit être dirigé et surveillé par des praticiens qualifiés afin que les soins de santé soient satisfaisants. Le nombre des ergothérapeutes se trouve donc à limiter la mesure dans lequel l'expansion des programmes de formation d'auxiliaires pourrait remédier à la rareté du personnel. Vu la pénurie actuelle, il faut accroître les installations de formation universitaires et cliniques.

Afin d'assurer le maintien de normes professionnelles satisfaisantes, la *Canadian Association of Occupational Therapists* recommande que des nouveaux cours d'ergothérapie soient établis au sein de facultés de médecine[2]. Un de ces cours devrait l'être à l'Université de Sherbrooke qui est en train de se doter d'une faculté de médecine[3]. Une aide financière accrue (bourses d'études, de bourses d'entretien et prêts) augmenterait aussi le nombre d'étudiants.

LOGOPÉDISTES ET AUDIOTHÉRAPEUTES

Les logopédistes ont pour rôle de déterminer l'état de ceux qui souffrent de troubles de communication qui gênent l'ouïe et la parole. Le diagnostic et le traitement des troubles d'articulation, de la voix et du langage constituent le premier objectif de la logopédie. L'audiothérapie, c'est-à-dire l'étude de l'ouïe, porte principalement sur les divers moyens de mesurer l'ouïe et sur l'éducation de ceux qui sont atteints de troubles auditifs. L'audiothérapeute exécute le traitement prescrit. Les logopédistes et les audiothérapeutes exercent dans les hôpitaux, les centres de réadaptation, les cliniques, les écoles spéciales pour les infirmes et les sourds et dans les écoles ordinaires.

Le Manitoba est la seule province où un conseil d'homologation est chargé d'établir les conditions d'admission à l'exercice de la logopédie et de l'audiothérapie[4]. Il n'existe aucun organisme national, mais, au Québec, en Ontario, au Manitoba, en Saskatchewan et en Colombie-Britannique, les praticiens sont groupés en associations provinciales.

La logopédie et l'audiothérapie étant des activités complémentaires, on les enseigne ensemble au Canada; les diplômés peuvent donc exercer l'une ou l'autre spécialité. A l'Université de Montréal, à l'Université de Toronto et à l'Université McGill, la faculté de médecine offre une formation en logo-

---

[1] *The Canadian Association of Occupational Therapy, op. cit.*, p. 10.
[2] *Ibid.*, p. 8.
[3] Voir recommandations 207 et 209, p. 71.
[4] L'Assemblée législative du Québec est présentement saisie d'un projet de loi à cette fin.

pédie et en audiothérapie[1]. Seules les personnes détenant le baccalauréat ès arts, le baccalauréat ès sciences ou l'équivalent[2] peuvent s'inscrire aux cours (deux années scolaires et internat de six mois).

Parce que les écoles sont situées dans l'Est canadien, les étudiants de l'Ouest vont habituellement dans les universités américaines pour acquérir leur formation.

La statistique sur les logopédistes est maigre. En 1961, les cinq associations provinciales, auxquelles les logopédistes et les orthophonistes ont droit d'adhérer, comptaient 129 membres en tout. On estime qu'il y avait alors 100 à 125 logopédistes qualifiés au Canada. La plupart des praticiens travaillent dans un hôpital mais, en général, un logopédiste hospitalier exerce aussi à temps partiel dans un centre sanitaire ou un centre de réadaptation. On estime qu'il faudrait 400 à 500 praticiens de plus au pays[3].

Actuellement, nos institutions produisent environ douze logopédistes par année et dix à vingt formés à l'étranger immigrent au Canada chaque année. Cet accroissement brut de l'effectif est nettement insuffisant eu égard à la pénurie. L'expansion des moyens de formation s'impose de toute évidence. De nouvelles installations devraient être établies, une associée à la faculté de médecine de l'Université Dalhousie et une autre, à une école de médecine des provinces des Prairies. Une troisième école, établie à l'Université de la Colombie-Britannique, devrait se rattacher au *Health Science Centre*[4].

Assistants médico-sociaux

L'assistance sociale joue maintenant un rôle essentiel dans la prestation de bons services de santé et, comme on accorde de nos jours plus d'attention à l'aspect social de la maladie, les assistants médico-sociaux jouent un rôle de plus en plus grand dans les soins médicaux. Ils s'occupent dans les hôpitaux, les centres sanitaires et les centres de réadaptation des problèmes sociaux des malades et de leurs familles. Leurs tâches principales sont les suivantes: aider le malade et sa famille à résoudre les problèmes qui les empêchent de tirer entièrement profit des soins médicaux disponibles, aider le malade et sa famille à remédier aux éléments qui contribuent à la maladie, notamment l'habitation, le climat familial et les conditions de travail, mettre des services communautaires à la disposition du malade et de sa famille, à conseiller la direction de l'hôpital ou du centre sanitaire dans l'adoption de mesures intéressant le bien social des malades; enfin, aider le malade à se réadapter après le traitement médical ou par suite d'une invalidité permanente[5].

---

[1] A l'Université de Montréal, les cours ont été inaugurés en 1956, à l'Université de Toronto, en 1958, et à l'Université McGill, en 1963.

[2] L'Université de Toronto accorde une équivalence aux infirmières licenciées (homologation ou certificat d'enseignement) possédant de l'expérience.

[3] Service consultatif de la réadaptation médicale et de l'invalidité, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.

[4] Voir recommandation 208, p. 71.

[5] *Association canadienne des assistants sociaux,* mémoire présenté à la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Toronto, 28 mai 1962, pp. 1 et 2.

Au Canada, les assistants sociaux peuvent acquérir leur formation à sept universités, soit en Colombie-Britannique, au Manitoba, en Ontario et au Québec, ou dans une autre institution, la *Maritime School of Social Work*. Pour être admis à une école de service social, il faut le baccalauréat ès arts; après un an de formation, on obtient le certificat de service social; après deux ans, on obtient la maîtrise en service social.

L'Association canadienne des assistants sociaux exige que ses membres soient diplômés d'une école de service social agréée par elle. La formation assurée par certains gouvernements provinciaux et organismes particuliers à leurs employés ne permet pas aux intéressés d'adhérer à l'Association.

L'effectif hospitalier s'est accru sensiblement. De 1953 à 1961, le nombre de praticiens travaillant dans un hôpital (sauf les institutions fédérales pour lesquelles aucune donnée n'était disponible) est monté de 270, passant de 325 à 595, soit une augmentation de 83 p. 100. En conséquence, les journées d'hospitalisation par assistant social sont baissées de 145,900 à 103,600 au cours de la période. L'effectif des hôpitaux généraux publics et des hôpitaux spéciaux divers est passé de 197 à 291, soit une augmentation de 48 p. 100. Dans les hôpitaux pour maladies mentales, le nombre d'assistants sociaux est monté de 78 à 234, soit de 200 p. 100. Toutefois, l'effectif diplômé des hôpitaux publics a augmenté plus rapidement, passant de 128 à 227 (77 p. 100). En 1961, les praticiens pleinement qualifiés comptaient pour 78 p. 100 de tous les assistants sociaux des hôpitaux publics comparativement à 65 p. 100 en 1953. Le sixième environ des 291 assistants sociaux des hôpitaux publics, en 1961, occupaient un emploi à temps partiel.

Dans les hôpitaux, les besoins en personnel varient beaucoup selon le genre et l'emplacement de l'hôpital, le rapport entre les services internes et les services externes, et ainsi de suite. Il est donc difficile d'établir des normes qui permettraient de déterminer si notre effectif d'assistants sociaux est suffisant. Toutefois, il est évident qu'ils ne sont pas assez nombreux. En 1961, 51 emplois à temps plein (14 p. 100 des postes) étaient vacants dans les hôpitaux publics, fédéraux et privés. Comme la Commission a recommandé qu'un programme de soins à domicile soit établi et qu'un plus grand nombre de malades mentaux soient traités dans les hôpitaux publics et dans la collectivité[1], il faudra plus d'assistants médico-sociaux pour aider les malades sortis et leurs familles. On devra donc trouver un moyen de remédier à la pénurie actuelle et future.

Si l'on donnait plus d'ampleur à la formation d'assistants sociaux moins qualifiés qui travailleraient sous la surveillance d'un diplômé, on atténuerait la pénurie actuelle de personnel qualifié[2]. En augmentant le nombre de diplômés en service social formé dans les universités par l'adoption de certaines mesures (bourses d'entretien, prêts, etc.), on aiderait

---

[1] Voir volume I, chapitre 2, recommandation 9, p. 24, recommandations 18 à 20, p. 26 et recommandations 116 à 123, pp. 62 et 63.

[2] *Manitoba Hospital Survey Board, op. cit.*, p. 162.

beaucoup à accroître le nombre d'assistants sociaux qualifiés dans le domaine sanitaire.

Il reste à parler du problème des petits hôpitaux. En 1961, aucun des 604 hôpitaux répondants de moins de 100 lits n'avait d'assistant médico-social. Les petits hôpitaux ne peuvent peut-être pas se permettre d'embaucher un praticien à temps plein, mais il faudrait sûrement trouver un moyen d'y assurer aux malades les services d'un assistant social qualifié. On pourrait, notamment, créer un poste à temps partiel dans ces institutions ou établir un service sur un pied régional, les assistants sociaux relevant d'un centre sanitaire de comté ou d'un bureau régional de bien-être social.

Besoins et effectifs futurs de certains paramédicaux

Jusqu'à maintenant, nous avons traité de la formation et des fonctions de divers groupes paramédicaux et nous avons fait une évaluation de leur effectif actuel. Dans les cas où il y avait pénurie, nous avons indiqué comment on pourrait y remédier. Il nous reste à établir nos besoins futurs et à déterminer dans quelle mesure nous pourrons, avec les moyens existants, former le personnel supplémentaire requis pour répondre à la demande d'effectifs paramédicaux.

BESOINS HOSPITALIERS

Au moyen d'un facteur mesurable comme les journées d'hospitalisation par paramédical, nous essaierons donc d'établir maintenant les besoins en praticiens et techniciens à temps plein dans les hôpitaux. Nous chercherons aussi à évaluer les effectifs prévus d'ici 1971. Aucune estimation précise n'est possible à cause de nombreuses incertitudes qui tiennent à l'évolution du rôle des paramédicaux dans les services de santé et à l'évolution de l'organisation de ces derniers, notamment dans les hôpitaux. Ainsi, la demande future d'auxiliaires sanitaires dépendra non seulement de l'augmentation de la population, mais aussi de l'expansion des hôpitaux et des traitements ainsi que de la mesure dans laquelle croîtront les services externes et à domicile qui nécessitent les soins de physiothérapeutes, d'ergothérapeutes et d'assistants médico-sociaux.

En se fondant sur le rapport réel des journées d'hospitalisation par employé de chaque groupe en 1961 et sur le nombre global projeté de journées d'hospitalisation en 1966 et 1971, on a fait une estimation minimum des besoins en divers paramédicaux hospitaliers[1]. Une estimation plus élevée s'est fondée sur le meilleur rapport personnel-journées d'hospitalisation, c'est-à-dire sur le nombre de journées d'hospitalisation pour chaque poste à temps plein établi, en 1961, des divers groupes paramédicaux. Comme on s'attend à un accroissement des services externes et à domicile rattachés aux hôpitaux ainsi qu'à une utilisation plus considérable des archives médicales pour assurer des soins sanitaires de haute qualité, nous avons prévu, dans

[1] 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. (*Sous presse.*)

notre estimation de 1971, 500 employés de plus, dans les hôpitaux généraux, pour chacun des groupes paramédicaux suivants: physiothérapeutes, ergothérapeutes, assistants médico-sociaux et archivistes médicales. L'effectif prévu des professions sanitaires auxiliaires a été calculé seulement en fonction du nombre de praticiens diplômés, dans l'hypothèse que le personnel non professionnel devrait être progressivement remplacé par des personnes pleinement qualifiées. Tous les chiffres sont exprimés en effectifs à temps plein de praticiens ou de techniciens (deux employés à temps partiel équivalent à un employé à temps plein).

Le tableau 3-5 montre les besoins et effectifs projetés de certains praticiens et techniciens employés à temps plein dans les hôpitaux, en 1966 et 1971.

Le tableau 3-5 montre clairement qu'il y aura pénurie de personnel qualifié dans la plupart des groupes étudiés, mais surtout chez les archivistes médicales, les physiothérapeutes, les ergothérapeutes et les assistants médico-sociaux, à moins qu'on accélère la formation des effectifs paramédicaux. Il s'ensuit que les hôpitaux devront peut-être se contenter des services de personnes moins compétentes si le recrutement d'effectifs qualifiés se maintient au rythme actuel.

BESOINS TOTAUX POUR CERTAINS GROUPES PARAMÉDICAUX

Pour certains groupes paramédicaux il y aura pénurie non seulement à l'hôpital mais aussi à l'extérieur de l'hôpital. L'expansion des régimes de soins à domicile et de réadaptation augmentera le besoin de physiothérapeutes, d'ergothérapeutes, de logopédistes et d'audiothérapeutes. Il n'est pas possible d'évaluer séparément les besoins à l'hôpital et à l'extérieur de l'hôpital. Il est cependant possible d'établir approximativement le besoin total à l'aide d'un rapport population-praticien.

L'Association médicale canadienne a recommandé les rapports suivants: physiothérapeutes, 10,000; ergothérapeutes, 15,000; logopédistes et audiothérapeutes, 25,000[1]. Si l'on applique ces rapports à la population de 1961, on découvre une pénurie de 650 physiothérapeutes. D'après nos prévisions de population (dans l'hypothèse d'une migration nette de 50,000 personnes par année) et d'après la projection des effectifs, la pénurie devrait baisser à 250 en 1966 et disparaître en 1971. Pour ce qui est des ergothérapeutes, la pénurie était de 668 en 1961 et devrait s'élever à 682 en 1966 et à 768 en 1971. La pénurie de logopédistes et d'audiothérapeutes était de 630 en 1961, mais on prévoit qu'elle baissera à 562 en 1966 et à 529 en 1971.

Il est évident que si l'on veut répondre aux besoins des Canadiens dans ces domaines, les effectifs paramédicaux doivent continuer à s'accroître et l'on doit faire des efforts particuliers pour augmenter le nombre des ergothérapeutes, des logopédistes et des audiothérapeutes.

---

[1] *L'Association médicale canadienne*, mémoire présenté à la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Toronto, mai 1962, pp. 65 et 66.

TABLEAU 3-5 BESOINS ET EFFECTIFS PROJETÉS DE CERTAINS PRATICIENS ET TECHNICIENS EMPLOYÉS À TEMPS PLEIN DANS LES HÔPITAUX, EN 1966 ET 1971*

Profession et année	Nombre d'effectifs								Effectifs diplômés prospectifs[a]	Pénurie projetée	
	(1) Rapport effectifs-journées d'hospitalisation en 1961				(2) Meilleur rapport personnel-jours d'hospitalisation						
	Généraux et divers	Maladies mentales	Tuberculeux	Total	Généraux et divers	Maladies mentales	Tuberculose	Total		(1)	(2)
Diététiciennes											
1961	827	72	42	941	—	—	—	—	—	—	—
1966	1,024	63	26	1,113	1,203	74	30	1,307	922	191	385
1971	1,200	58	17	1,275	1,410	68	20	1,498	1,162	113	336
Archivistes médicales											
1961	739	inconnu	inconnu	739	—	—	—	—	—	—	—
1966	915	—	—	915	993	—	—	993	677	238	316
1971	1,572	—	—	1,572	1,665	—	—	1,665	927	645	738
Techniciens de laboratoire											
1961	4,246	136	157	4,539	—	—	—	—	—	—	—
1966	5,258	119	97	5,474	5,562	126	103	5,791	4,477	997	1,314
1971	6,161	110	66	6,337	6,518	116	70	6,704	7,555	+1,218	+851
Techniciens de radiologie											
1961	2,712	73	107	2,892	—	—	—	—	—	—	—
1966	3,358	64	66	3,488	3,417	65	67	3,549	2,586	831	963
1971	3,936	59	45	4,040	4,004	60	46	4,110	4,165	+125	+55
Physiothérapeutes											
1961	764	21	inconnu	785	—	—	—	—	—	—	—
1966	946	18	—	964	1,108	21	—	1,129	1,030	+66	99
1971	1,608	17	—	1,625	1,798	20	—	1,818	1,415	210	403

Ergothérapeutes											
1961	176	372	inconnu	548	—	—	—	—	—	—	—
1966	217	326	—	543	286	430	—	716	436	107	280
1971	755	301	—	1,056	835	397	—	1,232	480	576	752
Assistants médico-sociaux											
1961	315	234	24	573	—	—	—	—	—	—	—
1966	390	205	15	610	453	238	17	708	615	5	93
1971	957	189	10	1,156	1,030	220	12	1,262	880	276	382

*Méthodes utilisées pour établir les effectifs prospectifs de paramédicaux diplômés employés dans les hôpitaux, en 1966 et 1971. Dans tous les cas, l'effectif est indiqué en termes de praticiens à temps plein. A cet égard, on a fait la conversion en se fondant sur l'hypothèse que, dans tous les hôpitaux, la répartition des praticiens diplômés entre employés à temps plein et employés à temps partiel était semblable à celle du groupe paramédical correspondant, dans les hôpitaux publics, en 1961. On présume aussi que le rendement d'un praticien diplômé équivaut à celui de deux praticiens à temps partiel.

Diététiciens et archivistes médicales: Dans chaque groupe, l'effectif brut projeté est établi par l'addition du nombre brut de praticiens entrant au service d'hôpitaux, de 1961 à 1966 et de 1961 à 1971, au nombre d'hospitaliers qualifiés en 1961. Le premier chiffre se fonde sur l'accroissement brut, moyen et annuel des hospitaliers qualifiés de 1956 à 1960, dans le cas des diététiciennes, et de 1958 à 1961, dans celui des archivistes médicales.

Techniciens de laboratoire, techniciens de radiologie et assistants médicaux-sociaux: Les projections intéressant l'effectif net de chacun de ces groupes sont fondées sur l'hypothèse que le nombre de membres diplômés du groupe s'accroîtra, de 1961 à 1971, au même rythme que de 1953 à 1961. Elles sont aussi fondées sur l'hypothèse que le taux de croissance des moyens de formation sera le même que pendant la dernière décennie. Par conséquent, dans chaque groupe, le nombre de praticiens employés en 1961 est gonflé par le taux moyen de croissance annuelle enregistré de 1953 à 1961.

Physiothérapeutes: On utilise les estimations faites par le Comité permanent de la *Canadian Conference on Physiotherapy* concernant l'effectif des physiothérapeutes en 1966 et 1971. L'effectif net de physiothérapeutes hospitaliers se fonde sur l'hypothèse que la répartition des thérapeutes entre hospitaliers et non-hospitaliers sera la même en 1966 et 1971 qu'en 1961.

Ergothérapeutes: L'effectif net projeté d'ergothérapeutes est établi par l'addition du nombre net de praticiens entrant au service d'hôpitaux, de 1961 à 1966 et de 1961 à 1971, au nombre d'hospitaliers qualifiés en 1961. Le premier chiffre se fonde sur l'accroissement net, moyen et annuel, des praticiens hospitaliers de 1957 à 1961.

Conclusion

Chaque médecin aujourd'hui s'assortit de plusieurs autres membres de l'équipe sanitaire. La croissance du personnel paramédical tient en partie au concours qu'il apporte au médecin dans le domaine toujours plus complexe des soins de santé et en partie à la pénurie de médecins et d'infirmières devant la demande grandissante de services de santé. Ainsi que nous l'avons dit, ce sont surtout les hôpitaux, les universités, les associations professionnelles et accréditrices nationales et les institutions spécialisées qui ont vu à établir des programmes de formation d'effectifs paramédicaux.

Ce sont surtout des femmes qui exercent ces professions. Par conséquent, il y a dans ces professions un roulement rapide qui oblige à de lourdes dépenses de formation afin de maintenir un effectif suffisant. D'après nos renseignements, si ces professions pouvaient attirer un nombre plus considérable d'hommes, le taux élevé de roulement en serait diminué et il en résulterait une économie de frais de formation. Nous croyons qu'il y a moyen d'améliorer les choses si les stagiaires obtiennent de l'assistance financière et si l'on relève les traitements de manière à intéresser les hommes à s'orienter vers ces carrières.

Depuis 1948, la subvention à la formation professionnelle, d'autres subventions à la santé et subséquemment les régimes d'assurance-hospitalisation ainsi que le programme de formation technique et professionnelle, fournissent des sommes pour la formation de ces effectifs et il est certain que ces subventions nous ont aidés à en former un nombre important. Malgré ces encouragements financiers, il en reste une forte proportion qui ne possède pas la norme de formation exigée. A notre avis, il est temps que l'on déploie des efforts considérables pour combler l'insuffisance de ces effectifs afin que l'équipe sanitaire puisse ainsi assurer les services de santé de la plus haute qualité dont on a besoin.

La Commission recommande:

204. Que, dans chaque province, on établisse un Comité de planification de la formation paramédicale, qui conseillerait le Conseil provincial de planification sanitaire et organiserait et dirigerait l'expansion systématique de l'instruction et de la formation du personnel paramédical. Le comité devrait comprendre des représentants des différentes associations paramédicales de la province, des universités, de la Commission des services de santé et du ministère de l'Éducation, et renseigner le Conseil de planification sanitaire sur les domaines paramédicaux où le personnel est insuffisant, sur les installations de formation qu'il faudrait multiplier, sur les programmes de formation et sur les autres questions qui ont trait à l'effectif et aux besoins de paramédicaux.

205. Que, pour encourager le personnel idoine à s'orienter vers ces professions et à y demeurer, les organismes fédéraux et provinciaux et

les hôpitaux versent des traitements proportionnés à la formation et aux responsabilités de ce personnel et semblables à ceux qui sont versés dans des domaines comparables.

206. Que l'assistance financière fournie aux termes de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques et la Loi sur l'assistance à la formation technique et professionnelle soit accrue immédiatement afin de soutenir tout candidat apte qui entreprend les études prescrites pour les domaines paramédicaux où la pénurie se fait sentir. Nous prévoyons des pénuries à l'échelon national, particulièrement dans les professions qui suivent: archivistes médicales, physiothérapeutes, ergothérapeutes, logopédistes et audiothérapeutes, et assistants médico-sociaux.

207. Qu'on prévoie de l'aide financière pour l'établissement de départements de la réadaptation pour les facultés de médecine de l'Université de Sherbrooke et de l'Université d'Ottawa ainsi que des autres universités qui pourraient fournir une formation suffisante pour le personnel paramédical dans ce domaine.

208. Que des installations de formation en logopédie et en audiothérapie soient établies de concert avec l'école de médecine de l'Université Dalhousie et de l'Université de la Colombie-Britannique au sein du Centre des sciences sanitaires et avec l'une des écoles de médecine des provinces des Prairies.

209. Que des installations de formation en physiothérapie et en ergothérapie soient établies de concert avec les écoles de médecine qui n'en possèdent pas déjà.

210. Que, pour assurer un effectif permanent et ininterrompu de personnel paramédical compétent, on déploie plus d'efforts pour attirer des hommes dans certaines professions paramédicales en assurant des conditions de travail, surtout des traitements égaux à ceux d'autres professions comparables.

AUTRE PERSONNEL SANITAIRE

Optométristes

Dans le volume I de notre rapport, nous avons parlé des fonctions et du nombre des optométristes. Il existe au Canada deux écoles d'optométrie, savoir: le *College of Optometry of Ontario,* à Toronto, et l'École d'optométrie, à l'Université de Montréal. Les deux écoles mentionnées ci-dessus ont formé, de 1940 à 1961, 911 diplômés. Il y a eu en moyenne, 30 diplômés par année, sauf durant chacune des trois années 1948 à 1950 où le nombre des diplômés a atteint à peu près cent par suite de l'admission de nombreux

anciens combattants dans les écoles. Certains optométristes canadiens ont obtenu leur formation dans des écoles des États-Unis.

Le programme de formation professionnelle des optométristes comporte quatre années scolaires. A l'heure actuelle, pour exercer la profession d'optométriste au Canada, il faut être diplômé d'un institut accrédité et répondre aux normes d'examen des Conseils provinciaux d'examinateurs d'optométrie. Chaque province a sa propre association ou société provinciale d'optométrie qui homologue les optométristes.

Au cours des trois dernières décennies, le nombre des optométristes n'a pas marché de pair avec la population croissante du Canada. Par conséquent le rapport optométriste-population est devenu graduellement moins favorable. En 1931, le nombre des optométristes était de 1,240, soit 1 pour 8,286 habitants, mais en 1941 il était de 1,321, soit 1 pour 8,626. Entre 1951 et 1961, le nombre des optométristes s'est accru légèrement, de 1,348 à 1,429, mais le rapport est devenu moins favorable, s'établissant à 1:10,374 en 1951 et à 1:12,737 en 1961[1]. D'autre part, une plus grande urbanisation de notre population depuis quelques années permet une utilisation plus rationnelle des services des optométristes établis dans les villes.

Le tableau 3-6 fait voir les rapports provinciaux optométriste-population et les besoins estimatifs d'optométristes en 1961. Cette mesure de la suffisance de l'effectif, comme tous les rapports personnel-population, n'est pas parfaite, mais il ne semble guère exister de pénurie pressante à l'heure actuelle et il est probable que nombre d'optométristes pourraient examiner plus de gens si les gens se présentaient à l'examen.

Étant donné les recommandations que nous avons faites relativement aux services d'optique assurés par les optométristes, il est encore plus difficile de projeter les effectifs et les besoins des dix prochaines années. Le tableau 3-7 indique le nombre d'optométristes qu'il faudrait pour aller de pair avec l'accroissement de la population, d'après le rapport de 1961. Dans l'ensemble de la décennie, le nombre nécessaire passe de 1,429 à 1,774. Pour répondre à cette croissance et combler les radiations tenant aux retraites, à l'émigration et aux décès, il y aurait les diplômés des deux écoles d'optométrie qui, avec leurs moyens actuels, pourraient former en moyenne 40 diplômés par année durant la période de 1961-1966 et, peut-être, 50 diplômés par année durant la période de 1967-1971. D'autres diplômés pourraient venir d'écoles américaines d'optométrie, mais d'après le nombre qu'il faudrait pour maintenir le rapport optométriste-population de 1961, il y aurait déficit de 165 en 1966 et de 288 en 1971. Ces prévisions ne tiennent pas compte de l'accroissement, au cours de cette période, de l'effectif des ophtalmologistes qui pratiquent des réfractions. Dans la mesure où les ophtalmologistes pratiquent des réfractions à la place des optométristes, il y aura réduction de la demande des services assurés par ces derniers.

---

[1] Les données sur le nombre des optométristes ont été obtenues des associations provinciales d'optométrie. Celles qui sont citées ci-dessus ne comprennent pas le Yukon ni les Territoires du Nord-Ouest et les données de 1931 et 1941 ne comprennent pas non plus Terre-Neuve ni l'Île-du-Prince-Édouard.

TABLEAU 3-6 RAPPORTS OPTOMÉTRISTE-POPULATION ET BESOINS ESTIMATIFS D'OPTOMÉTRISTES DU CANADA ET DES PROVINCES, 1961

Province	Nombre d'optométristes	Rapport optométriste-population	Besoins estimatifs d'optométristes		Déficit ou excédent	
			(1) Rapport national 1:12,737	(2) Rapport supérieur 1:11,987†	(1)	(2)
Terre-Neuve	6	1:76,309	36	38	−30	−32
Île-du-Prince-Édouard	5	1:20,926	8	9	− 3	− 4
Nouvelle-Écosse	38	1:19,395	58	61	−20	−23
Nouveau-Brunswick	44	1:13,589	47	50	− 3	− 6
Québec	420	1:12,522	413	439	+ 7	−19
Ontario	533	1:11,700	490	520	+43	+13
Manitoba	60	1:15,361	72	77	−12	−17
Saskatchewan	70	1:13,217	73	77	− 3	− 7
Alberta	112	1:11,892	104	111	+ 8	+ 1
Colombie-Britannique	141	1:11,554	128	136	+13	+ 5
Canada*	1,429	1:12,737	1,429	1,518	0	−89

*Ne comprend pas le Yukon ni les Territoires du Nord-Ouest.

†Ce rapport est le rapport moyen pondéré dans le cas du Québec, de l'Ontario, de l'Alberta et de la Colombie-Britannique, en 1961; les rapports y étaient supérieurs au rapport national.

TABLEAU 3-7 BESOINS ET EFFECTIF PROJETÉS D'OPTOMÉTRISTES, EN 1966 ET 1971*

Année	Nombre d'optométristes requis selon le rapport 1:12,737 de 1961	Effectif prévu	Déficit de l'effectif
1961	1,429	1,429	—
1966	1,594	1,429	−165
1971	1,774	1,486	−288

*Population projetée en fonction d'une immigration nette de 50,000 personnes par année.

Bien entendu, l'effet du Programme de services d'optique que nous avons recommandé dans le volume I sur les besoins d'optométristes tiendra avant tout à la mesure où les diplômés en optométrie actuels et à venir

répondront aux normes de formation que nous avons définies[1]. Par conséquent, toute la question de l'effectif se rattache aux installations nécessaires pour assurer cette formation. Il sera peut-être possible, dans la mesure où l'on établira des installations de formation dans les écoles de médecine actuelles ou dans de nouvelles écoles de médecine, d'augmenter l'effectif d'optométristes qualifiés sans établir d'autres installations dans les écoles d'optométrie.

Bref, compte tenu des données dont nous disposons à l'heure actuelle, nous ne pouvons pas recommander d'accroître les installations servant à la formation d'optométristes, mais nous sommes d'avis que les conseils pro-

---

[1] Voir volume I, pp. 45 à 51. Les principaux commentaires sur l'optométrie suivent:

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

La Commission recommande:

85. Que les examens de réfraction soient pratiqués par les ophtalmologistes, les autres médecins qualifiés, les optométristes diplômés en 1968 ou plus tard, ainsi que par les optométristes qui, avant 1967, auront fréquenté les cours supplémentaires recommandés d'anatomie, de physiologie, de pathologie et d'emploi des cycloplégiques.
86. Que les écoles d'optométrie s'affilient aux universités des villes où elles sont situées et que les départements concernés de l'École de médecine assument la responsabilité des cours d'anatomie, de physiologie, de pathologie et d'emploi des cycloplégiques. Il y aurait lieu d'offrir des cours spéciaux en ces matières aux optométristes actuellement en exercice, afin que tous ceux qui le désirent puissent se qualifier pour participer au régime. Les frais de scolarité, de déplacement et de subsistance, assumés par les optométristes fréquentant ces cours, devraient être déductibles aux fins de l'impôt sur le revenu.
91. Que, pour accroître nos ressources actuellement limitées dans le domaine des soins d'optique, les ophtalmologistes et les optométristes songent à mettre en commun leurs connaissances spécialisées et à unir leurs efforts par diverses formes d'exercice en groupe.

vinciaux de planification sanitaire devraient examiner les ressources qui peuvent être mises en œuvre pour atteindre les objectifs que nous recommandons dans ce domaine. Ils pourraient, en même temps, examiner la nécessité de développer les écoles d'optométrie. Toute école devrait être affiliée à la faculté de médecine d'une université ou faire partie intégrante des installations de formation sanitaire d'une université.

Opticiens

Le rôle de l'opticien, qui est de fournir des lunettes et des verres, ressemble à celui du pharmacien, qui est d'exécuter des ordonnances de médecin. L'opticien (fabricant ou marchand d'instruments d'optique) a été défini comme «un auxiliaire du médecin, qui fournit et ajuste des lentilles, des lunettes, des pince-nez, des yeux artificiels, des verres de contact ou les accessoires qui s'y rattachent, pour atténuer ou corriger des anomalies visuelles ou oculaires, sur l'ordonnance d'un ophtalmologiste[1]». L'ordonnance pour des lunettes peut aussi émaner d'un optométriste après réfraction. Nous avons exposé, dans le volume I de notre rapport, les rôles respectifs de l'ophtalmologiste, de l'optométriste et de l'opticien[2].

Ainsi qu'il en est de bien d'autres professions sanitaires, les titres exigés des opticiens changent, depuis l'apprentissage jusqu'à la formation professionnelle se terminant par l'examen et l'homologation[3]. Trois provinces ont jusqu'à ce jour adopté des lois régissant l'homologation des opticiens[4]. De telles lois sont à l'étude dans plusieurs autres provinces.

Il est difficile d'obtenir des données sûres quant au nombre des opticiens, à cause des normes différentes entre les provinces et aussi de l'absence de l'immatriculation obligatoire[5]. En outre, dans le passé, la formation des opticiens n'a pas toujours été distincte de celle des optométristes et il se trouve que certains optométristes qualifiés préfèrent exercer en qualité d'opticiens. La *Canadian Guild of Dispensing Opticians,* groupement national, est une association bénévole plutôt qu'un organisme d'immatriculation. Encore qu'on puisse trouver plusieurs opticiens qualifiés dans une entreprise ou un établissement, il peut arriver qu'un seul soit immatriculé et que les autres soient admis à titre de membres associés si les autres membres approuvent leur admission[6]. La *Guild* ne s'occupe pas d'homologation. Les opticiens exercent isolément, en groupe ou en qualité d'employés de fournisseurs commerciaux de matériel d'optique. Faute de données, il est impossible d'évaluer les effectifs de ce domaine.

---

[1] *The Association of Dispensing Opticians of Ontario,* mémoire présenté à la *Medical Services Insurance Enquiry,* p. 3.

[2] Voir volume I, chapitre 2, p. 46.

[3] Il existe une école dans le Québec et il se donne un cours par correspondance en Ontario, une commission d'homologation s'occupant de faire subir des examens par écrit.

[4] Le Manitoba, l'Ontario et le Québec.

[5] On estime qu'il y a entre 700 et 800 opticiens au Canada; sur ceux-ci, 652 sont immatriculés dans les trois provinces mentionnés (communication reçue du *Canadian Guild of Dispensing Opticians*).

[6] *Ibid.*

Il est certain, toutefois, que les connaissances et les méthodes modernes qui président à la fourniture d'aides à la vue exigent que l'opticien satisfasse à certaines normes de compétence dans son domaine et que toutes les provinces devraient adopter une loi d'homologation qui définirait les normes.

La Commission recommande:

211. Qu'une loi concernant la qualification et l'homologation des opticiens d'ordonnances soit mise en vigueur dans toutes les provinces et dans les territoires.

VERRES DE CONTACT

Les usages actuels dans la vente de verres de contact sont un domaine qui préoccupe la Commission. Dans le premier volume de notre rapport, nous avons fait ressortir la nécessité d'une meilleure formation que dans le passé, afin de rendre les optométristes aptes à pratiquer les examens de la vue pour les réfractions et la fourniture de lunettes. Cependant, parce qu'ils sont directement en contact avec l'anatomie délicate de l'œil, les verres de contact exigent plus de soin et nous en sommes venus à la conclusion que, seul, le spécialiste médical compétent en la matière, c'est-à-dire, l'ophtalmologiste, est qualifié, non seulement pour déterminer les prescriptions des verres, mais aussi pour décider, dans chaque cas, si le sujet peut porter de tels verres sans risques pour les yeux.

La Commission recommande:

212. Qu'on adopte des lois interdisant la vente de verres de contact par qui que ce soit, sauf sur l'ordonnance d'un ophtalmologiste.

Podologues

La chirurgie pédicure s'occupe du traitement des maladies des muscles et du squelette du pied, ainsi que de certaines affections cutanées du pied, qui sont de plus en plus fréquentes chez les vieillards.

Au Canada, les praticiens exerçant à titre privé assurent dans une large mesure les soins de chirurgie pédicure dans leur cabinet, mais on peut aussi recevoir ces soins dans des centres pédicures de certains hôpitaux et, dans quelques cas, dans des centres industriels.

L'exercice de la chirurgie pédicure au Canada est de façon générale régie par des lois provinciales qui exigent que les diplômés d'une école accréditée de chirurgie pédicure subissent avec succès un examen d'homologation établi par une Commission d'examinateurs de chirurgie pédicure.

Les programmes de formation des écoles durent quatre ans et, pour y être admis, il faut avoir une ou deux années d'études prémédicales. A l'heure actuelle, il n'existe pas d'école de chirurgie pédicure au Canada; tous les podologues canadiens obtiennent leur formation scolaire dans des écoles des États-Unis.

Il y avait environ 140 podologues au Canada en 1961, soit un pour 132,000 habitants contre un pour 23,000 et 33,000 aux États-Unis et au Royaume-Uni, respectivement[1].

Nous avons recommandé[2] que les services de chirurgie pédicure soient compris dans les prestations de services médicaux lorsqu'ils sont prescrits par un médecin.

PRATICIENS DE LA MÉDECINE SANS MÉDICAMENTS

Chiropracteurs[3]

Voici comment on a défini la chiropraxie devant la Commission:

> «La science de la chiropraxie s'intéresse aux rapports qui existent entre les articulations du corps humain, en particulier la colonne vertébrale, et le système nerveux, et au rôle de ces rapports dans le rétablissement et le maintien de la santé.
>
> L'esprit de la chiropraxie postule que la maladie ou fonction anormale est fréquemment causée par une interférence dans la transmission et l'expression nerveuses, interférence attribuable à la déviation de leur position normale que présentent les éléments osseux du corps, particulièrement la colonne vertébrale.
>
> La chiropraxie consiste à localiser et à redresser le mauvais alignement qui gêne la transmission et l'expression nerveuses normales, en vue de rétablir et de conserver la santé, sans recours aux médicaments ni à la chirurgie[4].»

Dans toutes les provinces sauf Terre-Neuve, l'Île-du-Prince-Édouard, la Nouvelle-Écosse et le Québec, la profession est régie par une loi provinciale[5]. Dans les provinces où ces lois sont en vigueur, seuls les chiropracteurs immatriculés aux termes de ces lois sont admis à l'exercice. Afin d'obtenir son immatriculation, le chiropracteur doit subir avec succès un examen spécial[6] et être diplômé d'une école accréditée.

Toutes les provinces qui ont légiféré sur la chiropraxie permettent à un ouvrier blessé de choisir un chiropracteur aux termes de la loi sur les

---

[1] Mémoire présenté à la Commission royale d'enquête sur les services de santé par *The Canadian Podiatry Association*, à Toronto, le 1er mai 1962, p. 3.

[2] Voir volume I, chapitre 2, recommandation 30 m), p. 33.

[3] Dans les questionnaires retournés à la Commission royale d'enquête sur les services de santé par les chiropracteurs, les naturopathes et les ostéopathes, certains chiropracteurs ont parlé d'eux-mêmes comme de chiropracteurs ou de chiropracteurs-naturopathes. De fait, certains praticiens sont membres et de la *Canadian Chiropractic Association* et de la *Canadian Naturopathic Association*. Il est par conséquent, impossible dans bien des cas de distinguer les deux groupes dans la statistique.

[4] Mémoire présenté à la Commission royale d'enquête sur les services de santé, à Toronto, en mai 1962, par *The Canadian Chiropractic Association; The Journal of the Canadian Chiropractic Association*, volume VI, n° 3, août 1962, p. 6.

[5] Loi sur les praticiens de la médecine sans médicaments, de l'Ontario, et Loi sur la chiropraxie en Colombie-Britannique, en Alberta, en Saskatchewan, au Manitoba et au Nouveau-Brunswick.

[6] Dans la plupart des provinces, la commission de la chiropraxie est seule chargée de la conduite des examens, sauf en Saskatchewan où l'Université de la Saskatchewan est chargée de définir la partie de l'examen qui porte sur les sciences fondamentales et où des professeurs de médecine et des dirigeants de la profession de la chiropraxie font partie de la commission d'examinateurs, dont le président est le doyen de la faculté de médecine.

accidents du travail. En Alberta, un décret du conseil autorise le paiement des services de chiropracteur aux termes de la loi sur les services de traitement et, au Manitoba, ces services sont prévus dans la loi sur les allocations sociales[1].

Toutes les lois provinciales interdisent aux chiropracteurs de prescrire ou d'administrer des médicaments, d'utiliser un anesthésique ou d'en prescrire l'utilisation, d'exercer la chirurgie ou l'obstétrique, d'exercer la médecine et, dans certaines provinces, de traiter de maladies transmissibles. Toutefois, certaines lois provinciales permettent l'emploi des rayons X. Les hôpitaux canadiens permettent rarement aux chiropracteurs d'utiliser leurs installations pour le diagnostic ou le traitement.

Le *Canadian Memorial Chiropractic College,* à Toronto, est la seule institution à offrir un programme de formation en chiropraxie au Canada. Pour y être admis, il faut posséder le certificat d'études de 13e année de l'Ontario ou son équivalent; le cours dure quatre ans. Entre 1949 et 1961, inclusivement, 669 étudiants ont obtenu leur diplôme de cette école[2]. Toutefois, au cours de ces mêmes années, 605 Canadiens ont obtenu leur diplôme d'écoles accréditées des États-Unis[3].

Il y a eu augmentation du nombre des chiropracteurs au Canada. En 1943, 668 exerçaient leur profession; en 1951, environ 740; et en 1961, 1,073, dont 450 en Ontario, 240 au Québec, 148 en Colombie-Britannique et 121 en Alberta, mais 36 seulement dans les provinces de l'Atlantique[4]. Environ 400 exerçaient au Québec en 1964.

En 1950-1951, à peu près 128,000 Canadiens, soit 1.0 p. 100 de la population du Canada, ont déclaré recourir aux services de chiropracteurs, comparativement à 5,851,000, ou 43.2 p. 100 de la population, qui recouraient aux services des médecins[5].

Dans une enquête de la Commission sur les chiropracteurs, 45 p. 100 ont déclaré se considérer comme des spécialistes, même si aucun organisme n'est habilité à accorder la qualité de spécialiste. De ce groupe, le plus grand nombre s'est déclaré spécialiste des muscles et du squelette. Parmi les autres spécialités, il y avait la neurologie, la thérapie manipulative, les troubles gastro-intestinaux, les affections cardiovasculaires, le travail organique général, les *improved radionics* et la colico-thérapie[6].

Dans l'enquête, on a demandé aux chiropracteurs d'énumérer les principaux appareils qu'ils employaient pour le diagnostic. Soixante-seize pour

---

[1] D. Mills, *Les chiropracteurs, les ostéopathes et les naturopathes au Canada,* étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, chapitre 1, Ottawa, Imprimeur de la Reine. (*Sous presse.*)

[2] Transcription de témoignages, *Audiences,* 17 mai 1962, vol. 55, pp. 10492 à 10496; *The Canadian Chiropractic Association, op. cit.,* p. 73.

[3] *Ibid.,* p. 76.

[4] *The Canadian Chiropractic Association, op. cit.,* p. 10.

[5] Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social et Bureau fédéral de la statistique, *Illness and Health Care in Canada,* enquête sur la maladie au Canada, 1950-1951, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1960, tableau 113, p. 193, et tableau 57, p. 156. Il n'existe pas de données pour les années subséquentes.

[6] D. Mills, *op. cit.,* chapitre 5.

cent ont répondu qu'ils possédaient des appareils de radiographie; 7 p. 100 de ceux qui faisaient appel au radiodiagnostic ont répondu qu'ils examinaient aux rayons X tous les malades, 33 p. 100, les deux tiers de leurs malades ou davantage, et 10 p. 100, à peu près la moitié[1]. La Commission sait que la radiographie est une méthode de diagnostic précieuse, si l'on prend des précautions suffisantes et si l'on sait s'en servir, mais un trop grand usage ou l'emploi de la radiographie par des gens qui n'ont pas la compétence nécessaire pour le faire peut être dangereux pour la santé aussi bien du malade que du praticien. En outre, l'interprétation des radios par des gens qui n'ont pas la compétence requise est futile autant que dangereuse.

Les chiropracteurs emploient aussi du matériel thérapeutique, autre que les appareils de diagnostic dont il est question ci-dessus. En voici les principaux domaines: thérapie de redressement structural, thérapie électrothermique, thérapie électro-multifonctionnelle, thérapie mécanique, hydrothérapie et thérapie par les inhalations[2].

Dans le mémoire qu'elle a présenté à la Commission royale d'enquête sur la chiropraxie dans la province de Québec, la faculté de médecine de l'Université McGill a déclaré que «la théorie dont s'inspire la chiropraxie est fausse et que l'on ne peut s'attendre qu'une fausse théorie entraîne une pratique toujours couronnée de succès[3]».

L'Association médicale canadienne a aussi affirmé qu'elle appuiera tout régime d'assurance médicale qui se conforme, entre autres principes, à celui qui veut «que toutes les personnes qui rendent ces services soient des médecins et des chirurgiens homologués[4]». Un autre groupement médical qui a parlé des praticiens homologués aux termes de la loi sur les praticiens de la médecine sans médicaments a déclaré que «de tels groupes ne connaissent pas leurs propres limites et tendent à aller au delà de leurs connaissances et de leur compétence; dans de telles circonstances, ils constituent un véritable danger[5]».

Pour réfuter ces critiques, les chiropracteurs affirment qu'après la seconde Grande Guerre, le ministère des Affaires des anciens combattants a fait les frais de cours de chiropraxie au *Canadian Memorial Chiropractic College* et que la Commission des accidents du travail de la plupart des provinces reconnaît la chiropraxie sur un pied d'égalité avec la médecine[6]. Le groupement national des chiropracteurs déclare que «les membres de la profession assurent un apport spécial et nécessaire aux soins de santé des Canadiens» et que «la chiropraxie a mérité d'être reconnue comme membre

---

[1] D. Mills, *op. cit.*, chapitre 5.

[2] *Ibid.*

[3] Le Journal de l'Association médicale canadienne, 7 septembre 1963, volume 89, p. 2.

[4] L'Association médicale canadienne, mémoire préliminaire, 27 septembre 1961, *Transcript*, volume 1, p. 106.

[5] *The College of Physicians and Surgeons of Ontario*, mémoire présenté à la Commission royale d'enquête sur les services de santé, mai 1962, p. 4.

[6] Témoignage de M. J. S. Burton, conseiller général de la *Canadian Chiropractic Association*, 28 septembre 1961, *Transcript*, volume 2, p. 191.

de plein droit de la famille des méthodes sanitaires, sur un pied d'égalité avec les autres branches reconnues des arts curatifs[1]».

Il saute aux yeux que les positions prises par les médecins et les chiropracteurs sont inconciliables. Les médecins affirment qu'il n'existe pas de fondement scientifique aux prétentions des chiropracteurs, qui déclarent que la chiropraxie est une science, et affirment en outre, que la chiropraxie n'a pas de valeur thérapeutique ailleurs que dans le domaine de la physiothérapie. D'autre part, les chiropracteurs prétendent que la chiropraxie est une science[2]. On se rend facilement compte qu'il s'agit là d'une divergence fondamentale de vues scientifiques sur laquelle la Commission n'a pas compétence pour se prononcer.

La controverse existe depuis plus de cinquante ans et c'est une controverse que, dans l'intérêt public, on devrait s'efforcer de régler. Nous avons songé à recommander à Son Excellence, le gouverneur général en conseil, une étude scientifique indépendante en vue de régler la question. Toutefois, nous savons maintenant que le juge Lacroix de la Cour supérieure de Québec fait présentement une telle étude, après avoir été nommé par le gouvernement du Québec commissaire royal «pour faire enquête sur la chiropraxie et la profession d'ostéopathe dans le Québec». Nous avons consulté le juge Lacroix et nous sommes convaincus que l'enquête qu'il poursuit est impartiale et minutieuse. Cette enquête se poursuit encore. Le présent volume sera terminé avant que le juge Lacroix présente ses conclusions et ses recommandations.

Nous croyons que le rapport et les conclusions du juge Lacroix seront définitives et vaudront, non seulement pour le Québec, mais aussi pour le reste du Canada. En attendant le rapport et les conclusions du juge Lacroix, nous avons recommandé dans le volume I[3] que les services médicaux comprennent les traitements chiropractiques lorsqu'ils sont prescrits par le médecin. Tant que n'aura pas paru le rapport du Québec, nous nous bornons à recommander que le traitement de chiropraxie soit ainsi considéré comme service de santé dans le cadre de notre Régime.

Si, à la suite de son étude, le juge Lacroix conclut que la position adoptée par la profession médicale est juste, alors il faudra en informer la population du Canada. D'autre part, si l'on constate que les prétentions des chiropracteurs sont valides, alors il faudrait intégrer la chiropraxie dans l'enseignement des sciences sanitaires dans les universités. Il ne peut sortir rien de bon de la lutte de deux factions adverses dans le domaine des soins de santé. A notre avis, il est essentiel à de bons soins de santé que tous ceux qui travaillent de façon légitime dans ce domaine collaborent dans l'harmonie.

Naturopathes

On a défini la naturopathie comme «un système de thérapie qui traite les lésions, les affections ou les maladies de l'homme par des méthodes

[1] *The Canadian Chiropractic Association, op. cit.*, p. 3.
[2] Voir leur mémoire, p. 77.
[3] Voir volume I, chapitre 2, recommandation 30 m), p. 33.

naturelles, y compris tout agent de la nature, et, à cette fin, a recours à l'électrothérapie, à l'hydrothérapie, aux manipulations du corps et à la diététique, comme moyens auxiliaires[1]».

Toutes les provinces du Canada, à l'exception du Québec et des provinces de l'Atlantique, ont adopté une loi d'homologation régissant l'exercice de la naturopathie; cet exercice est limité aux diplômés des écoles accréditées de naturopathie qui ont subi avec succès l'examen d'homologation établi par une commission provinciale d'examen. Il n'existe pas d'école de naturopathes accréditée au Canada. De façon générale, l'exercice de la naturopathie est assujéti à des restrictions législatives semblables à celles qui régissent la chiropraxie et qui ont déjà été mentionnées.

Environ 140 naturopathes exerçaient leur profession au Canada, estime-t-on, en 1962[2]. Leur nombre n'augmente pas et ils n'ont pas une orientation scientifique suffisante pour être inclus parmi les fournisseurs de services de santé en vertu du régime complet de services de santé que nous recommandons.

Ostéopathes

On définit l'ostéopathie comme étant l'art et la science du diagnostic et du traitement des maladies et des lésions qui met l'accent sur les manipulations et emploie des appareils médicaux, y compris des appareils de radiographie dans le diagnostic et le traitement.

Au Canada, les ostéopathes ne sont pas admis à exercer dans les hôpitaux; par conséquent, la plupart des traitements ostéopathiques se donnent en cabinet et à domicile.

Dans toutes les provinces, sauf le Québec, l'Île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve, une loi régit l'exercice de l'ostéopathie. Seuls le Manitoba et la Saskatchewan ont adopté une loi particulière sur l'ostéopathie; en Ontario, l'ostéopathie est régie par la *Drugless Practitioners Act* et dans les autres provinces, par une loi sur la médecine. Dans les provinces où une loi la régit, l'exercice de la profession est limité aux diplômés d'une école d'ostéopathie accréditée qui subissent avec succès l'examen d'homologation. Toutefois, en Nouvelle-Écosse, on exige le diplôme d'une école de médecine accréditée. Étant donné qu'il n'y a pas d'école d'ostéopathes au Canada, les Canadiens doivent recevoir leur formation aux États-Unis et, de façon générale, ils tendent à demeurer dans ce pays parce que l'ostéopathie y est tenue en plus haute estime et, dans bien des États, est admise à s'exercer dans les hôpitaux.

L'ostéopathie est une profession en recul au Canada. Dans les années 1930, les ostéopathes qui exerçaient leur profession étaient au nombre d'environ 200, mais on n'en a compté que 105 qui exerçaient réellement leur profession en 1962. De plus, les quatre cinquièmes d'entre eux environ avaient plus de 50 ans[3].

---

[1] *An Act to amend Naturopathy Act, 1955*, chapitre 50, article 2, province d'Alberta.

[2] Ce chiffre comprend seulement les naturopathes et exclut les naturopathes qui sont aussi des chiropracteurs. Voir D. Mills, *op. cit.*, chapitre 2.

[3] D. Mills, *ibid.*

Aux États-Unis, on tend à inclure dans l'exercice de la médecine les ostéopathes qui se conforment aux normes de l'exercice de la médecine. Il n'existe aucune tendance comparable au Canada. Nous ne voyons pas qu'il soit nécessaire d'établir un collège distinct d'ostéopathie au Canada. Selon nous, toutes les sciences de la santé doivent être réunies sous l'égide des universités.

PROBLÈMES SPÉCIAUX

Conformément à son mandat, la Commission a examiné tous les domaines des services de santé présents et futurs au Canada. Toutefois, étant donné l'ampleur de la tâche, elle n'a pu, dans son rapport, proposer de solution à tous les problèmes et elle sait très bien qu'un certain nombre de sujets n'ont pas été examinés du tout ou n'ont pas été traités suffisamment, encore qu'ils puissent revêtir une grande importance pour ceux qui fournissent ces services de santé. Bien des problèmes échappaient de toute évidence à la compétence et aux ressources de la Commission; quant à d'autres, il s'agissait de faire un choix, mais nous espérons avoir examiné au moins les principaux domaines.

Conscients des lacunes inévitables de notre rapport, convaincus aussi que les progrès rapides de la science dans le domaine de la santé continueront de susciter de nouveaux problèmes et de modifier la situation, nous avons recommandé l'établissement de rouages nécessaires à la poursuite du travail commencé par la Commission. A notre avis, c'est ce que fera le Conseil de recherches en sciences sanitaires de concert avec l'organisation coopérative des services sanitaires que nous recommandons.

Il y a, cependant, deux questions qui se rattachent de façon générale aux questions de santé et sur lesquelles nos constatations nous inspirent certaines remarques. Il s'agit de l'emploi des titres professionnels dans le domaine sanitaire et des dangers possibles de radiation de la radiographie. Si nous signalons ces deux questions de façon particulière, c'est que, dans le cas de la première, les conclusions nous ont paru évidentes et, dans le cas de la seconde, il y a des risques à retarder davantage l'application générale de mesures de protection.

Titres professionnels

L'emploi sans discernement du titre de «docteur» est cause de confusion dans l'esprit du public. Le droit d'employer ce titre découle de l'obtention d'un diplôme d'études universitaires supérieures. Des lois provinciales restreignent aux universités reconnues le droit de décerner les diplômes supérieurs. Ces institutions décernent deux genres de doctorats: (1) le doctorat acquis après au moins six années d'études scolaires et (ou) professionnelles; (2) le doctorat honorifique décerné à certains personnages pour leur apport exceptionnel à la société.

Dans le domaine de la santé, l'emploi du titre de «docteur» par des personnes qui n'ont pas obtenu le doctorat d'une école reconnue de méde-

cine ou d'art dentaire non seulement trompe le public, mais aussi avilit le diplôme acquis par une formation rigoureuse dans les universités. On devrait remédier à cet état de choses en restreignant l'emploi du titre de docteur dans le domaine de la santé aux seules personnes auxquelles des universités reconnues l'ont décerné.

La Commission recommande:

213. Qu'on adopte des mesures législatives interdisant à tout praticien de quelque art curatif qui ne possède pas de grade de docteur décerné par une université reconnue de se donner à lui-même le titre de «docteur» ou d'employer après son nom quelque lettre le désignant comme docteur, ou de s'annoncer comme tel.

Radiographie

L'expérience acquise dernièrement dans le domaine des retombées radioactives a fait ressortir plus que jamais encore les dangers des radiations excessives pour la vie et la santé humaines. Vers le milieu des années de 1950, une crainte généralisée au Canada et ailleurs avait conduit à étudier à fond les effets biologiques des radiations atomiques. Le *Medical Research Council,* au Royaume-Uni, et la *National Academy of Sciences,* aux États-Unis, ont, tous les deux, évalué les effets des radiations sur l'homme. En 1956, les Nations Unies ont formé un Comité scientifique des effets des radiations atomiques; des investigateurs scientifiques du Canada ont participé aux travaux du comité.

Ces études ont attiré l'attention sur l'importance des radiations de sources autres que les retombées, soit les radiations naturelles et le rayonnement médical, ce dernier comptant pour beaucoup dans les risques dont il s'agit[1]. En conséquence, les effets des radiations provenant des rayons X utilisés pour fins diagnostiques ont fait l'objet d'une étude approfondie. En 1957, l'*Ontario Tuberculosis Association* a établi un comité spécial des radiations. Le comité a conclu que l'application de méthodes modernes peut réduire à «un niveau extrêmement faible» les radiations absorbées dans les radiographies pulmonaires et que les avantages à tirer de programmes «bien exécutés» de radiographies pulmonaires contrebalancent, et de beaucoup, le peu de tort que peut causer l'exposition aux rayons X[2]. D'autres études ont aussi fait ressortir la nécessité de l'emploi d'un matériel approprié par des personnes qualifiées[3]. A la question de savoir «si les examens aux rayons X pour fins diagnostiques sont dangereux», un auteur répond par un «non» catégorique, ajoutant, toutefois, que c'est «à condition que nous adoptions

[1] P. M. Bird, *Radiation Protection in Canada—Part I,* tiré à part du Journal de l'Association médicale canadienne, volume 90, 25 avril 1964, pp. 1024 à 1030; p. 3.

[2] *Radiation and the Tuberculosis Chest X-ray Examinations Program,* rapport du Comité des radiations, Section médicale, *Ontario Tuberculosis Association,* Journal de l'Association médicale canadienne, volume 79, 15 juillet 1958, p. 89.

[3] B. Lindell et R. L. Dobson, *Radiations ionisantes et santé,* Documents de l'O.M.S. sur la santé publique, 6, Genève, 1961, p. 32.

toutes les mesures de précaution possibles[1]». Cette déclaration se fonde sur un rapport du Comité scientifique des effets des radiations atomiques de l'Organisation des Nations Unies[2].

Malgré les dangers possibles que présentent un matériel insuffisant ou des utilisateurs non qualifiés, on a pris peu de mesures législatives au palier provincial pour assurer le contrôle des radiations émanant du matériel de radiologie.

Le tableau 3-8 révèle que la Nouvelle-Écosse est à l'heure actuelle la seule province à avoir édicté des règlements d'homologation régissant aussi bien les techniciens que le matériel de radiologie.

TABLEAU 3-8 TABLEAU SOMMAIRE DES MESURES PRISES PAR DES PROVINCES RELATIVEMENT À LA SANTÉ ET À LA SÉCURITÉ EN MATIÈRE DE RAYONS X

Provinces qui ont adopté une loi permissive spéciale applicable aux rayons X	Provinces qui ont édicté des règlements détaillés applicables aux rayons X	Provinces qui interdisent l'ajustage fluoroscopique des chaussures	Provinces qui ont édicté des règlements précis applicables à la qualification des techniciens des radiations
Nouvelle-Écosse	Nouvelle-Écosse (immatriculation du matériel et des utilisateurs)	Nouvelle-Écosse	Ontario (médicaux)
Québec		Manitoba	Saskatchewan (médicaux et industriels)
Ontario		Saskatchewan	
Saskatchewan	Saskatchewan (immatriculation du matériel: —approbation des plans des bâtiments industriels —qualification des utilisateurs)	Alberta	Alberta (médicaux et industriels)
Alberta			

SOURCE: Fondé sur P. M. Bird, *Radiation Protection in Canada—Part I*, tiré à part du Journal de l'Association médicale canadienne, volume 90, 25 avril 1964, pp. 1024 à 1030; p. 6.

Il est essentiel que, dans toutes les provinces, des règlements régissent les techniciens aussi bien que le matériel. Ces règlements devraient assurer des normes de sécurité uniformément élevées au Canada, non seulement en régissant l'autorisation première, mais aussi en prévoyant une

[1] J. G. Stapleton, «*Are Diagnostic X-Ray Examinations Dangerous?*» Journal de l'Association médicale canadienne, volume 79, 15 juillet 1958, p. 89.

[2] *The Responsibilities of the Medical Profession in the Use of X-Rays and Other Ionizing Radiation, British Journal of Radiology*, volume 30, 1957, p. 282.

inspection périodique afin d'assurer le maintien des normes de sécurité. Un moyen important d'assurer, indirectement, le maintien de mesures de sécurité suffisantes se trouve dans le service de films de détection offert par la Division de la protection contre les radiations du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, qui fournit un dossier permanent des expositions aux radiations à l'égard des travailleurs exposés aux radiations du matériel de radiologie et d'autres sources. La participation au service est volontaire plutôt qu'obligatoire, mais il est à conseiller d'y recourir le plus possible; cette participation pourrait devenir une des formalités d'autorisation.

Le contrôle et la surveillance des dangers de radiations provenant de matériel de radiologie, de la part du gouvernement fédéral, se limitent à des services de consultation et d'inspection assurés sur demande. Le service de films de détection forme un de ces services. En 1963, le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social a constitué un comité consultatif d'établissement de normes de sécurité en matière de rayons X. Le comité compte des représentants des provinces et des professions et l'on s'attend qu'il présente des recommandations minutieuses qui serviront de base à l'adoption des normes et de méthodes uniformes de sécurité pour tout le Canada[1].

L'exposition aux radiations a aussi des effets génétiques qui mettent en danger la vie et la santé de la progéniture de celui qui y est exposé. On ne connaît pas encore tous les effets génétiques des radiations, mais les données scientifiques que l'on possède déjà font croire que toute exposition, si petite soit-elle, peut avoir des répercussions génétiques nuisibles par effet cumulatif[2]. L'étude des radiations du radiodiagnostic[3] a révélé que presque toute dose qui a une influence génétique suffisante provient de l'examen diagnostic de trois régions du corps (les régions pelvienne, génito-urinaire et gastro-intestinale), environ 70 p. 100 de la totalité de la dose étant attribuables aux examens de la région pelvienne de l'homme. A cause de leur utilité inappréciable pour le diagnostic, les rayons X sont essentiels au diagnostic. Toutefois, étant donné la probabilité d'effets génétiques nuisibles, on ne devrait recourir au radiodiagnostic que lorsqu'il est nécessaire[4]. Cela étant, la tendance croissante de certains groupes de praticiens privés à accentuer et à annoncer l'utilisation des rayons X en vue d'étendre leur clientèle est nuisible à la santé de la population et on doit y mettre fin.

Outre les risques de radiations que présente la radiologie diagnostique, il y a aussi le problème de l'interprétation des radiographies par des praticiens non qualifiés qui ne possèdent pas la formation nécessaire dans

---

[1] P. M. Bird, *Radiation Protection in Canada—Part II*, tiré à part du Journal de l'Association médicale canadienne, volume 90, 2 mai 1964, pp. 1075 à 1080; p. 8.

[2] J. G. Stapleton, *op. cit.*, p. 92.

[3] P. M. Bird, *Radiation Protection in Canada—Part III*, tiré à part du Journal de l'Association médicale canadienne, volume 90, 9 mai 1964, pp. 1114 à 1120; p. 19.

[4] Marvin N. Lougheed, *Present Concepts of Radiation Hazards, ibid.*, pp. 97 et 98; et H. E. Duggan, *Radiation Protection in Canada—Part IV*, Journal de l'Association médicale canadienne, volume 91, 24 octobre 1964, p. 894, et Lindell, *op. cit.*, p. 35.

ce domaine d'importance vitale des soins de santé. Qu'il faille aux radiodiagnosticiens quatre années de formation spécialisée après l'obtention du diplôme de médecin montre bien la complexité de l'interprétation des radiographies. Un diagnostic erroné dû à une fausse interprétation des radiographies peut entraîner une thérapie nuisible à la santé du malade. Par conséquent, le domaine de l'interprétation des radiographies devrait être réservé à ceux qui sont qualifiés pour l'exercer.

La Commission recommande:

214. Que, dans la mesure où ce n'est pas déjà fait, des lois provinciales prescrivent l'immatriculation du matériel de radiologie ainsi que des techniciens et des utilisateurs du matériel, conformément à des normes uniformes acceptées, et assurent que de telles normes soient maintenues après l'immatriculation.

215. Que des lois provinciales soient adoptées pour limiter la réclame relative aux installations de radiodiagnostic.

216. Que les organismes scientifiques compétents poursuivent l'étude et l'observation approfondies des effets des radiations, y compris des radiations provenant de la radiographie diagnostique.

217. Que l'interprétation des radiographies ne se fasse que par des personnes qualifiées.

Services ambulanciers

L'absence de législation régissant le personnel des services ambulanciers indique une lacune notoire dans les services de santé. Seulement deux provinces, la Saskatchewan et l'Alberta, ont adopté une loi sur les services ambulanciers. En Saskatchewan, la loi sur la santé publique de 1958, qui régit les services ambulanciers, exige que le propriétaire d'une ambulance s'inscrive en décembre de chaque année. En outre, les conducteurs d'ambulance et les ambulanciers doivent détenir un certificat de secouriste valide, émis par l'Association ambulancière Saint-Jean. Les exploitants de services ambulanciers doivent aussi suivre des cours spéciaux de secourisme, pendant une journée, à tous les trois ans au moins. En Alberta, la loi provinciale requiert que les conducteurs d'ambulance détiennent un certificat de deux ans, émis par l'Association ambulancière Saint-Jean, et les ambulanciers, un certificat de trois ans. La loi établit aussi des exigences minimums concernant l'outillage. A part ces deux exceptions, les lois provinciales sur la circulation routière portent uniquement sur la priorité de passage des véhicules de secours, l'utilisation des sirènes et la limite de vitesse. Dans la plupart des cas, ce sont les conseils municipaux qui ont établi des normes régissant les services ambulanciers, mais certaines municipalités n'ont aucun règlement à cet égard[1].

---

[1] *The Financial Post*, 28 septembre 1963, pp. 51 et 52.

Au Canada, les services ambulanciers sont assurés notamment par les gouvernements provinciaux, la police, les services d'incendie, les hôpitaux, les municipalités, des sociétés privées et des entrepreneurs de pompes funèbres. En 1963, une course à l'intérieur des limites d'une ville pouvait coûter de $4 à $18 (Saint-Jean et Vancouver respectivement), des frais supplémentaires étant exigés pour les courses extérieures.

La prompte administration de premiers soins constitue un élément important des soins donnés aux intéressés en cas d'accidents ou d'autres situations d'urgence en attendant l'intervention du médecin. On a dit que «le succès du traitement et le rétablissement éventuel d'une personne gravement malade ou blessée dépendent surtout des premiers secours. Le sort de l'intéressé peut tenir aux soins qu'il reçoit sur les lieux de l'accident et pendant son transport à l'hôpital[1]». Un service ambulancier efficace peut sauver des vies, écourter l'hospitalisation, atténuer l'invalidité permanente, et le reste. Le service ambulancier acquiert de l'importance à mesure que monte le taux des accidents de la route, à domicile et dans l'industrie.

Nous avons donc recommandé dans le volume I que les prestations d'assurance médicale comprennent «les services d'ambulance et les modes comparables de transport des malades, sauf ceux qui sont désignés comme relevant d'un autre service de santé donnant droit à une prestation[2]». C'est une disposition qui assurerait des ressources financières suffisantes à l'égard des services ambulanciers essentiels. Nous concluons que, afin de faire disparaître le chaos, des normes uniformes de services ambulanciers devraient s'instituer au Canada par le truchement de lois provinciales qui fixeraient des normes minimums quant à l'immatriculation, au personnel et à l'équipement des ambulances.

La Commission recommande:

218. Que, afin d'assurer des services ambulanciers de haute qualité, une loi soit adoptée, dans chaque province et territoire, qui établisse les normes relatives à la formation et aux qualités requises du personnel ambulancier ainsi qu'au matériel employé et que le personnel et le matériel soient obligatoirement immatriculés.

219. Que, afin d'assurer l'établissement de services faciles à obtenir, les Conseils provinciaux de planification sanitaire adoptent des directives en vue de l'organisation efficace de services ambulanciers sur un pied régional ou communautaire et, au besoin, d'ambulances aériennes ou d'autres moyens de transport d'urgence.

---

[1] Carl B. Young (fils), Carl B. Young et R. Fry, *Transportation of the Injured*, Charles C. Thomas, Springfield (Illinois, É.-U.), 1958, p. 207.

[2] Volume I, chapitre 2, recommandation 30 n), p. 33.

4

La recherche sanitaire

A notre époque où les progrès de la science s'accélèrent, la recherche d'intérêt sanitaire fait appel au concours de plusieurs domaines de la science et à une foule de disciplines de chaque domaine. Entendue dans ce vaste contexte, l'expression «recherche sanitaire» plutôt que l'expression traditionnelle «recherche médicale» exprime plus pleinement combien nos scientistes visent et s'appliquent à améliorer le bien-être mental et physique des Canadiens en particulier et de l'humanité en général.

La recherche sanitaire peut, plus précisément, se définir comme suit:

> ... toute étude systématique visant à développer et à utiliser les connaissances scientifiques par la recherche pure en laboratoire, les investigations et les essais cliniques, les études épidémiologiques et les études techniques dans les domaines suivants:
>
> 1. Causes, diagnostic, traitement, lutte, prévention et réadaptation dans le cas des maladies physiques et mentales et d'autres altérations mortelles et débilitantes de l'humanité;
> 2. origine, nature et solution des problèmes de santé qui ne peuvent se définir comme maladies particulières;
> 3. grands domaines de la science où la recherche s'effectue afin de permettre de comprendre les processus qui interviennent dans la maladie et le bien-être de l'homme;
> 4. recherche portant sur des problèmes d'alimentation qui nuisent, contribuent ou se rattachent de quelque façon à la santé optima;
> 5. amélioration des méthodes, des techniques et du matériel servant à la recherche, au diagnostic, à la thérapie et à la réadaptation[1].

Pour nos fins, il faut inclure dans la recherche les études qui visent à déterminer de façon quantitative ou qualitative les progrès accomplis dans la réalisation des objectifs d'un régime de services de santé. Pour apprécier de façon systématique un régime de santé, il faut non seulement posséder les statistiques qui mesurent le volume des soins de santé mais aussi peser les objectifs du régime en fonction des besoins d'ordre sanitaire changeants de la collectivité. Étant donné les régimes de services de santé que nous avons recommandés, notre définition de la recherche sanitaire doit embrasser beaucoup

---

[1] Département de la Santé, de l'Éducation et du Bien-être social des États-Unis, *Resources for Medical Research, Report No. 1,* Bureau des impressions du gouvernement des États-Unis, Washington (D.C.), août 1962, p. 14.

plus d'éléments qu'elle n'en comprend généralement afin d'assurer aux Canadiens les soins de santé les meilleurs possible[1].

La contribution de la recherche à la santé de l'humanité est, il va de soi, reconnue partout. On a dit que:

> Il s'est découvert plus de médicaments curatifs depuis vingt-cinq ans que dans toute l'histoire antérieure de la médecine. Durant toutes ces années, la recherche nous a donné les antibiotiques, a multiplié nos connaissances au sujet de la valeur et des utilisations de la transfusion du sang, a rendu possible la pratique quotidienne de la chirurgie cardiaque et pulmonaire, a fait réaliser des progrès remarquables dans le domaine de l'anesthésie, progrès qui permettent cette délicate chirurgie, nous a apporté de nouvelles méthodes de traitement des malades mentaux, nous a doté de la banque de sang, d'os, d'yeux, de vaisseaux sanguins, a permis de sauver des vies grâce au rein artificiel, nous a enseigné comment sauver des bébés prématurés et le soin à prendre des yeux de ces bébés quand nous faisons appel à l'oxygène, nous a fourni l'appareil de cobaltothérapie, nous renseigne sur les effets du bruit de l'avion à réaction et de certaines industries sur l'oreille humaine, nous a équipés d'une arme puissante contre la polyomyélite et constitue notre arme dans la lutte contre le cancer[2].

Au cours de ces décennies, le Canada a aussi réalisé des progrès impressionnants dans sa recherche des connaissances permettant de lutter contre la maladie et l'invalidité. Une liste partielle des apports de la science canadienne depuis la découverte de l'insuline en 1921 comprendrait les réalisations suivantes:

> ... l'isolement des hormones que renferme la parathyroïde, l'apophyse et le placenta, l'avènement et l'utilisation des anticoagulants, l'emploi de la réfrigération dans la grande chirurgie, l'identification du chromosome du sexe, la préparation d'un milieu artificiel pour la culture des cellules mammifères, la découverte de la fonction de certaines zones du cortex cérébral, l'établissement de méthodes de traitement chirurgical de l'épilepsie, la découverte de la nature de certaines maladies du foie, la connaissance des variations intervenant dans le métabolisme de l'organisme en bonne santé et de l'organisme malade, et une foule de découvertes fondamentales qui s'inscrivent dans le cadre général des connaissances scientifiques[3].

A ces réalisations, il faut ajouter celles qui se sont accomplies dans le domaine de l'hygiène dentaire. Les méthodes, le matériel et les titres des chercheurs du domaine dentaire ne diffèrent pas beaucoup de ceux des chercheurs du secteur médical. En fait, certains domaines chevauchent comme c'est le cas, par exemple, des études sur le cancer ou sur les os. L'objectif ultime de la recherche dentaire est de prévenir, d'enrayer et de guérir les

---

[1] Il faut noter que la recherche pharmaceutique est classée, dans le présent chapitre, dans la recherche médicale.

[2] Gilbert Turner, cité dans le *Report of The Special Committee Appointed to Review Extramural Support of Medical Research By The Government of Canada* au Comité du conseil privé pour la recherche scientifique et industrielle, Ottawa, novembre 1959, p. 1. Le document sera appelé dans la suite «Rapport Farquharson».

[3] *Ibid.*

maladies de la bouche et des dents. Il s'est fait de grands progrès depuis une dizaine d'années, surtout dans le domaine de la carie.

Les recherches des laboratoires canadiens ont aussi ajouté à la masse des connaissances de l'art dentaire et continuent de le faire de plus en plus. Des techniques d'enregistrement et d'analyse des données relatives aux maladies des dents, inventées au Canada, s'emploient aujourd'hui dans le monde entier. Une des études les plus étendues qui se fasse dans le monde sur la croissance et le développement de la tête et du visage se poursuit au Canada. Cette même étude sert aussi à déterminer la valeur de la thérapie d'interception hâtive en ce qui concerne les traitements subséquents que peuvent exiger les anomalies d'emboîtement. L'étude est en train de s'étendre aux adolescents au sujet desquels on possède très peu de renseignements à l'heure actuelle. Une des grandes études maîtresses sur les effets de la fluoruration de l'eau en est une qui s'est faite au Canada. Grâce aux dernières techniques histochimiques et biochimiques, les Canadiens ont accru nos connaissances au sujet de la nature des tissus des dents et de leur milieu, connaissances indispensables à l'œuvre de la prévention. La recherche dentaire se développe au fur et à mesure qu'il se forme des chercheurs et que des fonds lui sont affectés. Il existe maintenant des laboratoires qui s'occupent de domaines aussi divers que la virologie, la microscopie électronique et l'embriologie expérimentale et ces laboratoires ne tarderont pas à faire sentir leur action.

Depuis quelques années, on s'applique aussi à évaluer la santé des Canadiens et les programmes de services de santé qui répondent aux besoins. Ces recherches, qui mettent l'accent sur la collecte de données permettant d'adopter des décisions éclairées au sujet de la planification des programmes et de l'amélioration des services de santé, se sont surtout développées dans le cadre d'une évaluation permanente des régimes provinciaux d'assurance-hospitalisation et des régimes de paiement par anticipation des soins médicaux établis sous les auspices de la profession médicale et dans le cadre de l'effort exercé par les gouvernements en vue d'évaluer l'état de santé des Canadiens.

Quand on examine le cadre institutionnel de la recherche sanitaire au Canada, il ne faut pas oublier, même s'il est difficile d'en établir le chiffre, l'apport important fourni en dehors des universités, des laboratoires, des hôpitaux et des ministères de la Santé par les membres des professions sanitaires agissant isolément, en équipe ou en comité.

Malgré tout cela, la somme de recherches sanitaires effectuées au Canada ces dernières années est insuffisante, du point de vue des effectifs qui s'en ocupent ou des fonds qui y sont consacrés, pour répondre aux multiples besoins d'une société moderne et par rapport aux progrès scientifiques réalisés dans d'autres domaines. L'objet du présent chapitre est donc d'examiner comment la recherche sanitaire s'effectue et se soutient au Canada, de déterminer comment on pourrait remédier aux carences et de discuter comment on pourrait établir un cadre structural destiné à fournir des ressources suffisantes et permanentes à la recherche et à permettre de les utiliser de façon à assurer les soins de santé les meilleurs possible aux Canadiens.

AUSPICES SOUS LESQUELS S'EFFECTUE LA RECHERCHE SANITAIRE

La recherche sanitaire au Canada s'effectue par les soins des gouvernements, des organismes bénévoles, des fondations, des sociétés industrielles et commerciales, des organismes professionnels, des hôpitaux et des universités.

La recherche effectuée par les sociétés industrielles et commerciales comprend surtout les recherches d'ordre pharmaceutiques assurées par l'industrie des produits pharmaceutiques. Dans le volume I de notre rapport, nous nous sommes assez longuement penchés sur l'industrie[1]. Plus loin dans le présent chapitre et au chapitre 5, nous examinons les recherches qui se rattachent à l'évaluation de l'état de santé des Canadiens et des programmes de services de santé qui répondent à ces besoins d'ordre sanitaire. Nous nous limitons donc ici à la question des auspices sous lesquels s'effectue la recherche médicale et dentaire (y compris la recherche pharmaceutique) dans les universités, les hôpitaux, les fondations et autres organismes non commerciaux[2].

Les auspices sous lesquels s'effectue la recherche médicale et dentaire au Canada revêtent deux formes: recherches effectuées par des organismes publics et recherches subventionnées par les gouvernements et les organismes et fondations bénévoles dans les universités ou divers hôpitaux et dans les institutions de recherche généralement associées aux universités. Les grandes institutions qui patronnent la recherche médicale ou dentaire au Canada sont le gouvernement fédéral, les gouvernements provinciaux, les organismes et fondations bénévoles et les *National Institutes of Health* des États-Unis[3]. L'activité de ces organismes est exposée ci-dessous sous les rubriques suivantes: fonctions, genres de soutien de la recherche, méthode d'application et d'administration des subventions.

Le gouvernement fédéral

Le gouvernement fédéral s'occupe de recherches par les travaux qu'il effectue lui-même et par l'aide financière qu'il accorde aux recherches qui se font dans les universités, les hôpitaux et les institutions connexes. Il s'effectue des recherches au ministère de la Santé nationale et du Bien-être social et au Conseil de recherches pour la défense. La recherche extérieure est soutenue

---

[1] Voir volume I, chapitres 16 et 17.

[2] Pour plus de détails sur la recherche médicale, voir J. A. MacFarlane et autres, *La formation médicale au Canada*, étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, chapitre 9. Ottawa, Imprimeur de la Reine. (*Sous presse.*) Pour les détails sur la recherche dentaire, 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. (*Sous presse.*)

[3] Un certain nombre d'autres organismes des États-Unis et du Royaume-Uni fournissent aussi des fonds à la recherche effectuée au Canada. Parmi ces organismes figurent les suivants: *National Foundation for Infantile Paralysis, Life Insurance Medical Research Fund, Sugar Research Foundation, Commonwealth Fund, Rockefeller Foundation* et *Markle Foundation* aux États-Unis, et *Nuffield Foundation* et *Welcome Trust* au Royaume-Uni. Les fonds fournis par ces sources sont relativement faibles.

par le Conseil des recherches médicales, le Conseil national de recherches, le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, le ministère de la Défense nationale, le Conseil de recherches pour la défense, le ministère des Affaires des anciens combattants et le Fonds de la Reine Élisabeth II.

CONSEIL DES RECHERCHES MÉDICALES[1]

Fonctions—En 1960, le Conseil des recherches médicales a été créé afin de conseiller le gouvernement fédéral sur l'action à exercer en matière de recherches médicales et d'administrer les fonds fournis au Conseil pour soutenir la recherche; ces fonctions relevaient antérieurement de la Division des recherches médicales du Conseil national de recherches. Même si le Conseil fonctionne dans le cadre administratif du Conseil national, il constitue à toutes fins pratiques un organisme indépendant qui a pleins pouvoirs pour la conduite de son propre programme. Les fonds publics dont dispose le Conseil lui sont fournis chaque année par un crédit du Parlement. Le Conseil répartit ces fonds en toute autonomie. Le Conseil compte 15 membres qui sont tous des praticiens qui s'occupent activement de recherches sur l'enseignement de la médecine ou de l'exercice de la profession.

Le Conseil n'a pas établi de services ni d'instituts de recherche; il n'emploie pas de personnel scientifique ni technique en propre. Il n'affecte pas de fonds à des domaines particuliers, mais se tient prêt à soutenir la recherche dans le vaste domaine des sciences médicales et s'intéresse en particulier aux recherches effectuées sur un pied permanent. Il accorde des subventions à la recherche ainsi qu'au personnel de recherche sous la forme de bourses de formation et de rémunérations aux chercheurs qui peuvent effectuer leurs travaux dans les universités.

Subventions—Le Conseil accorde deux genres principaux de subventions: subventions de fonctionnement et subventions d'équipement auxquelles s'ajoutent des indemnités de déplacement limitées. Les subventions de fonctionnement sont accessibles aux membres du corps enseignant des universités canadiennes et aux scientistes qui exercent leur activité dans les hôpitaux ou qui travaillent pour le compte d'autres institutions canadiennes agréées. Ces subventions ne visent pas à couvrir tous les frais de la recherche qu'elles aident parce que l'institution intéressée doit assurer des locaux et des installations essentielles avant toute demande de subvention. Le chercheur subventionné ne peut se rémunérer personnellement sur une subvention. Il peut utiliser les fonds pour engager des étudiants (diplômés ou non) et d'autres auxiliaires (professionnels ou non), pour acheter du matériel et des fournitures nécessaires à ses recherches et pour d'autres fins autorisées comme les déplacements connexes à ses recherches.

La subvention peut être annuelle, peut porter sur une période définie (de trois ans d'habitude) ou peut être collective (pour un an ou une période définie) et destinée à soutenir l'activité d'un groupe de chercheurs associés.

---

[1] Texte fondé sur *Medical Research Council Extramural Programme*, Conseil des recherches médicales. Ottawa, Imprimeur de la Reine, revisé, août 1964.

Des subventions d'équipement sont versées pour l'achat d'unités de matériel spécial de recherche coûtant plus de $3,000 qui ne peuvent s'inscrire dans le matériel couvert par une subvention de fonctionnement. Ces subventions n'aident qu'à l'achat de matériel de recherche. Elles ne sont pas destinées à doter de nouveaux laboratoires de matériel d'ordre général ni à fournir des instruments d'enseignement, de diagnostic ou de traitement. En plus des subventions de fonctionnement qui peuvent servir à payer des déplacements, des subventions de déplacement sont accessibles aux chercheurs médicaux canadiens afin de leur permettre de se rendre à des laboratoires pour y poursuivre leurs recherches et d'assister à des réunions, à condition que ces déplacements aient lieu sur l'initiative du Conseil.

Soutien personnel—Le Conseil soutient des chercheurs de carrière qui font des travaux intéressant la médecine dans les universités canadiennes à titre d'associés de recherche, de maîtres de recherches et de chercheurs de l'extérieur. Il aide à la formation de chercheurs par le moyen de bourses de recherches et de bourses d'été accordées à des étudiants non diplômés. Comme il est dit plus haut, les étudiants non diplômés et diplômés peuvent faire fonction d'auxiliaires de recherches dans le cadre des subventions de fonctionnement.

Les bourses d'associé de recherche médicale visent à stimuler la recherche médicale à long terme et à assurer un soutien financier permanent aux gens de compétence et de formation exceptionnelles qui désirent faire de la recherche médicale une carrière exercée à plein temps dans une université. Les universités doivent fournir des moyens suffisants et inscrire le chercheur dans le corps professoral de la faculté appropriée. Les candidats doivent être pourvus d'un grade en médecine ou du Ph.D. dans une science connexe et, normalement, être âgés de moins de 40 ans. La nomination initiale vaut pour trois ans et peut se renouveler. En 1964, les traitements versés se sont échelonnés jusqu'à $16,720 par année.

Les bourses de recherches médicales sont destinées à combler la brèche entre le programme des bourses d'associé (voué à soutenir des chercheurs indépendants très compétents) et le programme de bourses (voué à assurer la formation et l'initiation dirigée de chercheurs). Ces bourses ont pour objet d'aider le chercheur qualifié qui s'est montré apte à amorcer et à effectuer des recherches indépendantes. L'université qui le patronne doit permettre au boursier de démontrer ses aptitudes. En bref, le boursier ne doit pas être astreint à une lourde tâche d'enseignement. La nomination initiale vaut pour trois ans et comporte un traitement qui dépend des titres et de l'expérience du boursier. La bourse peut se renouveler pour deux ans encore, mais elle ne peut jamais valoir pour plus de cinq ans en tout. Pour y être admissible, le candidat doit posséder le M.D. ou le Ph.D. ou encore l'équivalent et ne doit pas être âgé de plus de 40 ans au moment de sa demande.

Les bourses de recherches médicales visent avant tout à assurer la formation de futurs chercheurs dans le domaine des sciences médicales. Elles ne s'accordent pas pour assurer une formation et de l'expérience pratiques dans les branches cliniques ou autres de la médecine. Les candidats doivent

être diplômés avec grande distinction en médecine ou en art vétérinaire ou pourvus du Ph.D. dans un domaine approprié de la science[1]. Ils ne doivent pas être âgés de plus de 35 ans au commencement de la période de jouissance de la bourse, sauf cas spécial. Les bourses valent normalement dans les universitiés canadiennes et varient de $3,000 à $5,000; elles peuvent se renouveler trois fois pour un an. Les boursiers avec enfants bénéficient d'un supplément de $500 pour le premier et de $200 pour chaque autre enfant. Ils bénéficient aussi d'une indemnité de déplacement afin de pouvoir se rendre au laboratoire où vaut la bourse et de rentrer chez eux[2].

Des bourses d'études d'été sont accessibles aux étudiants en médecine afin de leur permettre de s'initier à la recherche durant les mois d'été. Deux bourses de cette nature ($1,000 chacune) sont à la disposition de chaque école de médecine du Canada. Les candidats doivent avoir terminé leur première année de médecine et faire partie du cinquième supérieur des meilleurs élèves de leur classe.

Des bourses de séjour attribuées aux chercheurs étrangers permettent à ces derniers de travailler dans les laboratoires canadiens. Trois bourses sont ainsi attribuées chaque année aux chercheurs des sciences médicales de l'étranger ou des chercheurs qui ne résident pas normalement au Canada. Les bourses valent pour au moins trois et pour au plus douze mois et peuvent s'utiliser dans les diverses écoles de médecine ou leurs institutions affiliées. Le traitement (maximum de $600 par mois) se règle sur les titres et l'expérience du titulaire.

Administration et évaluation—Les demandes de subventions de recherches sont remises par le secrétaire du Conseil des recherches médicales à des examinateurs compétents par les soins d'une équipe ou d'un sous-comité qui les étudient et rendent compte au Conseil. Le Conseil a établi des sous-comités des subventions pour les quatre secteurs suivants: *a*) biochimie, *b*) physiologie et pharmacologie, *c*) bactériologie et pathologie et *d*) recherches cliniques. Les demandes portant sur des domaines autres que les quatre ci-dessus sont étudiées par deux examinateurs et compte est rendu au Conseil par un membre de l'exécutif. A l'attribution d'une bourse, les fonds sont envoyés à l'université du candidat. Les demandes de bourses d'associé de recherches médicales et de bourses de recherches médicales sont présentées au nom du candidat par le président ou le recteur de l'université sur l'avis du chef du département intéressé et du doyen de la faculté de médecine. C'est un comité de sélection désigné par le Conseil qui recommande les nominations. Ce sont les candidats eux-mêmes qui doivent demander au Conseil une bourse de recherches médicales. Chaque candidat doit faire le nécessaire pour être admis dans un laboratoire universitaire ou un hôpital d'enseignement agréés. Les bourses sont attribuées aux

[1] Les bacheliers qui désirent pousser leur formation et leur expérience dans les sciences médicales fondamentales ne sont pas admissibles aux bourses de recherches médicales, mais peuvent demander des bourses d'entretien ou d'études au Conseil national de recherches.

[2] Une indemnité égale aux deux tiers du prix du billet individuel est aussi accordée à l'égard des frais de déplacement du boursier marié que sa femme accompagne. Le déplacement des enfants n'est pas subventionné.

candidats qui sont jugés idoines par le Conseil d'après la documentation jointe à leur demande. Les demandes de bourses d'études d'été sont communiquées au doyen de la faculté de médecine qui choisit, d'accord avec le corps professoral de la faculté, les gagnants des bourses réservées à l'école. Les demandes de bourses de séjour sont présentées par l'université d'accueil.

COMITÉ ASSOCIÉ DE LA RECHERCHE DENTAIRE DU CONSEIL NATIONAL DE RECHERCHES[1]

Fonctions—Le Comité associé de la recherche dentaire du Conseil national de recherches a été établi en mars 1945 pour les fins suivantes: 1° stimuler la recherche intéressant les sciences dentaires chez les membres du corps professoral des facultés d'art dentaire et chez les chercheurs du secteur des sciences fondamentales et médicales; 2° coordonner la recherche dentaire au Canada; 3° pousser l'application des résultats de la recherche afin d'améliorer la santé dentaire nationale; 4° encourager une étroite collaboration avec d'autres organismes de recherche pour ce qui est des problèmes d'intérêt mutuel.

Afin de réaliser ces objectifs, le Comité accorde des subventions de recherche et de soutien aux chercheurs par le moyen de bourses de formation et de rémunération destinées aux scientistes qui peuvent exercer leur activité dans les universités.

Le Comité se compose de 14 membres, dont 6 représentent la profession dentaire et 8 les sciences fondamentales. Le président du Conseil et un représentant dentaire de chacun des ministères de la Défense nationale, de la Santé nationale et du Bien-être social et des Affaires des anciens combattants font aussi partie du Comité qui se réunit une fois l'an.

Subventions—Des subventions de fonctionnement au bénéfice d'œuvres de recherche dentaire sont accordées à des personnes compétentes qui ont accès aux installations de laboratoire ou cliniques nécessaires aux recherches. La subvention peut être annuelle ou triennale et collective pour un an ou trois ans. Les subventions triennales ne peuvent se renouveler, c'est-à-dire qu'il faut présenter une nouvelle demande au bout des trois ans. Des subventions d'équipement sont accordées pour l'achat de matériel de recherche dont le coût doit dépasser $5,000 et ne peut s'inscrire dans une subvention de fonctionnement.

Soutien des chercheurs—Le Comité soutient des chercheurs de carrière qui exercent leur activité dans les universités canadiennes à titre d'associés de recherches dentaires, de maîtres de recherches dentaires et de chercheurs de l'extérieur; il soutient aussi la formation de chercheurs au moyen de bourses de recherches dentaires supérieures et de bourses de recherches dentaires prébaccalauréates d'été.

Des postes d'associés de recherches sont accessibles aux personnes d'exceptionnelle compétence qui désirent faire de la recherche une carrière

[1] Renseignements fondés sur: Conseil national de recherches, *Associate Committee on Dental Extramural Programme*. Ottawa, Imprimeur de la Reine, septembre 1962.

universitaire à plein temps. L'université intéressée doit s'engager à fournir des moyens de recherche et des locaux suffisants et à attribuer au chercheur un rang approprié parmi le personnel de l'école d'art dentaire. La nomination initiale vaut pour deux ans; elle peut se renouveler tous les cinq ans. Le candidat doit posséder un grade en art dentaire ou le Ph.D. dans une science connexe et avoir moins de 40 ans. Le traitement initial de l'associé dépend de sa formation universitaire et de son expérience. Les bourses de recherches dentaires visent à assurer le soutien du chercheur diplômé qui a montré qu'il est en mesure d'amorcer des recherches et de les effectuer seul. L'université intéressée doit permettre au chercheur de se perfectionner et de faire ses preuves et ne doit pas l'astreindre à une lourde tâche d'enseignement. La première nomination vaut pour trois ans et comporte un traitement qui dépend des titres et de l'expérience du boursier et qui va de $6,000 à $9,000 par année. Un seul renouvellement pour deux ans est permis, mais, règle générale, on s'attend que l'expérience acquise par le boursier lui permette d'accéder au rang d'associé de recherches.

Des bourses de recherches dentaires supérieures sont accordées aux candidats aptes à recevoir une formation et à acquérir de l'expérience d'ordre avancé dans la recherche intéressant l'art dentaire et les sciences connexes. Pour une première bourse, le candidat ne doit pas être âgé de plus de 30 ans au début de la période de la bourse qui est d'un an; des renouvellements sont possibles, mais il n'en est jamais accordé plus de trois. Les bourses valent ordinairement dans les universités canadiennes et le montant en est de $3,000 à $5,000. De légers suppléments sont accordés aux boursiers qui ont des enfants à leur charge et pour acquitter les frais de déplacement qu'ils doivent payer pour se rendre au laboratoire où vaut leur bourse.

Des bourses de recherches dentaires prébaccalauréates d'été, d'une valeur de $1,000, sont accordées aux deux meilleurs étudiants de chaque école d'art dentaire du Canada pour leur permettre de se former à la recherche durant les mois d'été.

Une bourse de séjour est accordée chaque année pour permettre à un chercheur expérimenté de travailler dans un laboratoire canadien. La bourse vaut pour au moins trois et au plus douze mois et comporte une indemnité d'au plus $600 par mois.

Administration et évaluation—Toutes les demandes présentées au Comité associé de la recherche dentaire sont examinées et jugées par des examinateurs compétents. Les demandes de subventions sont proposées par des chercheurs qui occupent un poste dans les universités canadiennes. Les demandes de bourses d'associé de recherches dentaires, de bourses de recherches dentaires et de bourses de séjour sont formulées par une université sur l'avis du chef du département intéressé et du doyen de la faculté d'art dentaire. Les demandes de bourses de recherches sont présentées directement par les candidats au Comité associé. Les demandes de bourses prébaccalauréates d'été sont présentées au doyen de l'École d'art dentaire qui choisit, d'accord avec les membres du corps professoral, les titulaires qui doivent travailler à son école. Les fonds accordés par le Comité associé en

subventions de recherches et en traitements sont versés par l'intermédiaire du bureau d'affaires de l'université. Les bourses de recherches sont remises directement aux titulaires.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ NATIONALE ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL

Recherches extérieures—Le programme de recherches extérieures du ministère peut se décrire comme il suit:

Le ministère aide à la tenue d'enquêtes et d'études expérimentales destinées à recueillir des données utiles et à établir des méthodes susceptibles de concourir de façon pratique à l'amélioration de la santé de la population canadienne. Le programme favorise les recherches relatives à des objectifs particuliers qui se rattachent à des problèmes reconnus de santé publique et d'ordre médico-social. Les principaux domaines où des études sont entreprises comprennent:

a) prévention de la maladie et de l'invalidité;
b) promotion de la santé et de l'aptitude physique;
c) étiologie et épidémiologie de la maladie, y compris les études à l'extérieur;
d) diagnostic et traitement des maladies, y compris l'évaluation des résultats;
e) réadaptation.

Le programme est mis en œuvre par le moyen de subventions, à la recherche effectuée dans les universités, les hôpitaux et autres institutions de recherche, accordées dans le cadre du Programme national des subventions nationales à la santé[1]. Des Subventions nationales à la santé d'un montant fixe sont mises chaque année à la disposition des provinces et des territoires pour les aider à établir, à améliorer et à développer leurs services de santé. Une partie des subventions peut servir à la recherche. En outre, il existe une Subvention à la recherche intéressant l'hygiène publique qui n'est pas accordée selon un montant déterminé aux provinces, mais qui est demandée par des chercheurs de toute province.

Le ministère n'accorde pas directement de bourses de formation à la recherche sanitaire, mais il peut y aider sous le régime de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques[2], la loi nationale sur la santé et le sport amateur et dans le cadre des Subventions au bien-être social administrées par le ministère.

Toutes les demandes d'aide à la recherche dans le cadre du Programme des subventions à la santé viennent d'un organisme qui s'en fait le patron (université, institut de recherche, ministère provincial ou service municipal de Santé, hôpital ou organisme bénévole). Les demandes sont

[1] Il est question du rôle des subventions nationales à la santé dans le soutien de la recherche au volume I, chapitre 2, pp. 90 à 92 et chapitre 10, p. 406.

[2] Les règlements d'application de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques excluent les frais directs en personnel, fournitures et matériel affectés entièrement ou principalement à la recherche, mais non les dépenses en recherches accessoires à l'activité hospitalière normale, activité qui comprend les recherches intensives qui s'imposent dans le cas de certains malades.

soumises au ministère provincial de la Santé de la province où s'effectueront les recherches; si celui-ci les approuve, elles sont transmises à l'Administration des subventions à la santé, à Ottawa, puis elles sont remises, par le médecin principal chargé du développement de la recherche ou par une division consultative du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, à un ou plusieurs spécialistes de l'extérieur qui les étudient, à des agents financiers et administratifs, à un sous-comité spécialisé, à un comité consultatif de la recherche et, finalement, de nouveau aux ministères provinciaux de la Santé qui informent officiellement l'organisme intéressé que les demandes sont agréées ou refusées. L'organisme informe le chercheur principal, c'est-à-dire la personne qui est activement responsable de la recherche. D'habitude, les subventions valent pour un an, mais une subvention portant sur un nombre défini d'années peut aussi s'accorder par entente entre le ministère et la province. Les subventions de longue durée visent à assurer aux chercheurs qui s'occupent de travaux particuliers un soutien continu et convenu à l'égard de chacune des années prévues, généralement trois, ainsi qu'à simplifier les dispositions d'ordre administratif.

Recherches intérieures—La recherche assurée par le ministère même s'effectue dans ses laboratoires, divisions et directions et dans la Division de la recherche et de la statistique; chaque division et direction fait des recherches qui se rattachent à son domaine propre. C'est la Section de l'organisation de la recherche qui coordonne tous les travaux. La part la plus grande du budget de la recherche est dépensée par la Direction des aliments et drogues qui effectue des recherches fondamentales sur les aliments et les médicaments et établit des méthodes analytiques pour fins d'application de la loi. Le Laboratoire d'hygiène effectue des recherches dans le domaine de la santé publique et de la clinique; il compte six sous-sections scientifiques (bactériologie, virus, clinique, biochimie, contrôle des produits biologiques et zoonose)[1]. La Division de la recherche et de la statistique[2] concourt aux programmes de recherches d'autres divisions et étudie les aspects socio-économiques de la santé et des services de santé.

Les recherches qui se font au ministère ne font pas l'objet d'une évaluation extérieure; «les projets particuliers sont approuvés par des groupes de fonctionnaires sans avoir été vus par les conseillers de l'extérieur»[3].

CONSEIL DE RECHERCHES POUR LA DÉFENSE[4]

Le Conseil de recherches pour la défense soutient des programmes de recherches qui s'effectuent à l'intérieur et à l'extérieur du Conseil. Il en effectue

---

[1] D'après le *Rapport annuel de l'année financière terminée le 31 mars 1963* du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social; Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1963; et *The Federal and Provincial Health Services in Canada*, 2e édition, Toronto, Association canadienne d'hygiène mentale, 1962, pp. 6-17.

[2] Voir aussi chapitre 5 au sujet des services statistiques assurés par le ministère et le Bureau fédéral de la statistique.

[3] Rapport de la *Commission royale d'enquête sur l'organisation du gouvernement*, volume 3, p. 242. Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1962.

[4] J. A. MacFarlane et autres, *La formation médicale au Canada, op. cit.* chapitre 10.

à son établissement de Downsview (Ontario) et il en fait effectuer dans les universités du Canada grâce à un programme de subventions. En outre, il a établi des sections de recherches dans quatre universités: la Section médico-arctique (Université du Manitoba), la Section de radiobiologie (Université de Toronto), la Section de psychiatrie (Université d'Ottawa) et la Section de la médecine d'aviation (Université McGill). Le Conseil accorde parfois une bourse de formation à la recherche.

Les demandes d'aide à des travaux de recherche doivent se rattacher à la santé et à son maintien dans les services armés. Les domaines qui intéressent le plus le Conseil sont les suivants: recherche médicale (aviation et marine), protection contre les radiations et traitement, alimentation, recherche auditive et vestibulaire, problèmes visuels, épidémiologie, choc et plasma, traitement des brûlures et plaies, infection et immunité, recherche médico-arctique, psychiatrie, toxicologie, sang et problèmes connexes. Chacun de ces domaines est confié à une équipe de spécialistes recrutés dans toutes les parties du Canada qui statue sur les demandes de subventions. Il n'en est pas ainsi des recherches effectuées au Conseil même.

MINISTÈRE DES AFFAIRES DES ANCIENS COMBATTANTS[1]

Le ministère exécute un programme de recherches cliniques dans ses hôpitaux et ses centres au Canada. Le programme est varié, mais il porte dans l'ensemble sur les affections intéressant le vieillissement, telles que l'arthrite et l'artériosclérose, que le ministère est particulièrement en mesure d'étudier.

Les trois quarts du budget des recherches du ministère servent à soutenir les travaux proposés par ses chercheurs qui font des études dans les services et les laboratoires des hôpitaux du ministère. Il y a lieu de noter que les effectifs professionnels des hôpitaux y exercent à temps partiel; la plupart des médecins s'occupent d'enseignement et exercent à titre privé et font partie du corps professoral médical des diverses universités. Le reste du budget sert à soutenir les cinq services de recherche clinique autonomes établis dans des hôpitaux de traitement actif à Montréal, Toronto, London, Winnipeg et Vancouver.

Les demandes de soutien de la recherche sont instruites par le Conseil consultatif de la recherche et de la formation médicales dont les membres sont des fonctionnaires du ministère, des fonctionnaires de l'extérieur et des scientistes d'en dehors du service public. Les subventions valent pour une ou plusieurs années.

FONDS DE LA REINE ÉLISABETH II POUR LA RECHERCHE SUR LES MALADIES DES ENFANTS

Le fonds, établi par le gouvernement fédéral en 1959 et doté d'un million de dollars, rapporte une somme annuelle fixe qui est affectée à des

[1] J. A. MacFarlane et autres, *op. cit.*, chapitre 10.

bourses de formation de chercheurs et à des traitements destinés à soutenir des chercheurs spécialisés dans le domaine du soin des enfants. Toutes les demandes de soutien sont sousmises à l'approbation d'un conseil d'administration qui agit sur l'avis d'examinateurs médicaux.

Organismes provinciaux de santé

Les gouvernements provinciaux s'occupent plus ou moins de recherches sanitaires dans le cadre de l'activité de leur ministère de la Santé; c'est le cas, en particulier, des laboratoires provinciaux et des régimes provinciaux d'assurance-hospitalisation. Trois des ministères provinciaux comptent un service à part qui s'occupe de façon générale des questions intéressant la recherche et la statistique sanitaire[1].

En plus de ces recherches connexes aux fonctions et à l'activité des ministères intéressés, il existe des organismes provinciaux tels que l'*Alcoholism and Drug Addiction Research Foundation* et l'*Ontario Cancer Treatment and Research Foundation* qui accordent des subventions et des bourses en vue de recherches qui s'effectuent à l'extérieur dans leur domaine particulier.

Organismes et fondations bénévoles

Un certain nombre d'organismes et de fondations bénévoles inscrivent parmi leurs objectifs principaux l'encouragement et le soutien de la recherche sanitaire[2]. Parmi eux figurent l'Institut national du cancer (qui, à l'époque de sa création en 1947, est entré en étroite collaboration avec la Société canadienne du cancer fondée en 1938)[3], la Société canadienne de l'arthrite et du rhumatisme, la Société canadienne de la sclérose en plaques, l'Association canadienne des diabétiques, l'Association canadienne de dystrophie musculaire, la *Canadian Heart Foundation* (fédération de six fondations provinciales du cœur et d'une division des provinces de l'Atlantique), l'Association canadienne pour les enfants arriérés, la *Canadian Cystic Fibrosis Association,* la Société canadienne d'hémophilie et la Fondation de réadaptation des invalides (nouvellement fondée). Il y a lieu de noter que les organismes plus anciens tels que l'Association canadienne antituberculeuse, l'Associtaion canadienne d'hygiène mentale et le Conseil canadien pour les enfants et les adultes infirmes assument depuis quelque temps un rôle grandissant dans le soutien de la recherche. La *Banting Research Foundation,* la *J. P. Bickell Foundation,* l'*Atkinson Charitable Foundation,* l'Association canadienne des assureurs-vie, la *National Sanitarium Association,* la *Piker Foundation,* les sociétés de

---

[1] La Division de la statistique médicale en Ontario, la Division de la recherche et de la statistique en Saskatchewan et la Division de la statistique de l'était civil en Colombie-Britannique qui établissent des statistiques pour tous les services de la Division de la santé du ministère.

[2] Voir chapitre 6 et en particulier le tableau 6-6, p. 181.

[3] Par suite d'un accord d'affiliation, la Société canadienne du cancer a confié à l'Institut le gros de la coordination et du maintien des travaux de recherche dans le domaine du cancer.

secours mutuels et les clubs de bienfaisance sont d'autres organismes qui soutiennent la recherche.

Les organismes et fondations bénévoles favorisent la recherche en soutenant des travaux particuliers dans les universités, les hôpitaux et d'autres centres de recherche, fournissent des bourses de formation et établissent et achètent des installations et du matériel de recherche. Des subventions à la recherche et des bourses de recherches sont accordées sur l'avis du Comité médical consultatif de l'organisme, comité constitué de personnalités de la médecine universitaire et scientifique[1]. Il n'est pas sans intérêt de noter que les demandes de soutien de la recherche dans des domaines particuliers (cœur, cancer, arthrite, etc.) présentées aux organismes publics qui s'occupent de la santé sont renvoyées pour étude à l'organe consultatif de l'organisme bénévole intéressé. Cela assure une haute mesure de coordination entre les organismes publics et privés qui soutiennent la recherche sanitaire au Canada. En outre, les représentants des organismes publics et bénévoles qui accordent des fonds à la recherche se réunissent en janvier chaque année afin de coordonner leurs programmes[2]. La réunion a lieu en conjugaison avec la réunion mensuelle du «Groupe interministériel de la coordination de la recherche médicale», organe officieux constitué de représentants du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, du Conseil de recherches pour la défense, du ministère des Affaires des anciens combattants et du Conseil des recherches médicales. Malgré son caractère officieux, il est clair que la liaison ainsi assurée est très utile parce qu'elle permet d'éviter le double emploi dans le soutien de la recherche et révèle aussi des rapports qui existent entre la masse totale des fonds affectés à la recherche et les problèmes de santé et de maladie qui pèsent le plus lourdement sur les Canadiens.

Il n'est pas fait de paiement au chercheur principal dans le cadre des subventions. Les fonds sont confiés à l'institution où doivent s'exécuter les travaux et sont administrés par la personnne qui en assure la direction. La plupart des subventions assurent le soutien des recherches d'une année et le chercheur doit en demander le renouvellement chaque

---

[1] Chaque organisme et fondation possède son propre organe médical et scientifique consultatif qui étudie les demandes et formule des avis au conseil d'administration. Bien que l'organe consultatif soit plus ou moins étoffé, il comprend d'habitude des spécialistes reconnus de la médecine et des sciences recrutés dans les universités, les ministères de la Santé et d'autres organismes officiels qu'intéresse la santé. C'est ainsi, par exemple, que le «Comité de la recherche et de l'enseignement professionnel» de la Société canadienne de l'arthrite et du rhumatisme réunit huit spécialistes de la médecine recrutés dans les universités et ailleurs. Il faut noter qu'il existe un certain entremêlement des membres des organes consultatifs scientifiques des organismes bénévoles.

[2] Voici la liste des organismes bénévoles attributeurs de fonds qui ont assisté à la réunion de janvier 1964 du Groupe interministériel de la coordination de la recherche médicale: *Canadian Heart Foundation*, Association canadienne des assureurs-vie, Association canadienne pour les enfants arriérés, Société canadienne de l'arthrite et du rhumatisme, Association canadienne antituberculeuse, Conseil canadien de la réadaptation des invalides, *Ontario Addiction Research Foundation*, Association canadienne de dystrophie musculaire, Société de la sclérose en plaques, Institut national du cancer et Comité associé de la recherche dentaire du Conseil national de recherches.

année aussi longtemps qu'il le faut pour mener les travaux à bonne fin. Des bourses de recherches sont accordées aux candidats qui poursuivent leurs études au delà du doctorat en vue de se préparer à exercer une carrière dans la recherche ou de se spécialiser dans un domaine particulier. Les candidats doivent se faire inscrire comme élèves diplômés dans les départements scolaires ou les laboratoires agréés par l'organisme et le traitement attaché aux bourses est payé directement aux boursiers.

Organismes étrangers

Les fonds fournis par les Services de santé publique des États-Unis par le canal de leurs Instituts nationaux de santé assurent depuis quelque temps un soutien important aux recherches d'ordre sanitaire effectuées au Canada. Les instituts patronnent des travaux dans les universités canadiennes et d'autres centres du Canada et fournissent des bourses de formation. Le soutien financier fourni par des sources privées aux États-Unis et au Royaume-Uni est maintenant avez restreint.

DÉPENSES CONSACRÉES À LA RECHERCHE SANITAIRE

Il est difficile de réunir des données complètes et pleinement comparables sur le total des sommes affectées à la recherche sanitaire au Canada. Il en est particulièrement ainsi des données relatives à certains organismes et au budget des fonds consacrés par les universités à la recherche sanitaire en plus des sommes venant des subventions. Il est impossible d'estimer avec précision le pourcentage du temps qu'un professeur consacre à la recherche appliquée et la proportion du budget des départements et des frais généraux des universités vouées à la recherche. En outre, il n'est pas pratique de mettre à part toutes les dépenses affectées à la recherche clinique ou à l'évaluation des services de santé que renferme le coût des régimes d'assurance-hospitalisation et d'assurance médicale. Tout en formant une partie essentielle d'un programme de recherche, ces dépenses ne sont pas comprises dans les chiffres qui suivent.

Dépenses fédérales

Le gouvernement fédéral augmente depuis quelques années le soutien qu'il accorde à la recherche sanitaire par le canal de ses divers organismes. La croissance du soutien dont bénéficie la recherche intérieure et extérieure est résumée dans les tableaux 4-1 et 4-2.

Entre 1949-1950 et 1961-1962, les dépenses fédérales en recherches intérieures ont augmenté de $110,000 à $2,942,000. En 1962-1963, elles ont baissé à 2.75 millions. Malgré cela, les dépenses en recherches intérieures ont augmenté de plus de 24 fois au cours des 14 années.

TABLEAU 4-1 SOUTIEN FÉDÉRAL DE LA RECHERCHE SANITAIRE INTÉRIEURE, PAR MINISTÈRE, ANNÉES FINANCIÈRES 1949 À 1962

(en milliers de dollars)

Année financière	Santé nationale et Bien-être social	Conseil de recherches pour la défense	Total
1949–1950	—	—	110
1952–1953	—	—	1,060
1955–1956	—	—	1,170
1956–1957	863	—	—
1957–1958	947	—	—
1958–1959	1,182	—	—
1959–1960	1,656	—	—
1960–1961	1,678	—	—
1961–1962	1,792	1,150	2,942
1962–1963	1,761	990	2,751

— Indique que les données ne sont pas connues.

SOURCE: B. D. B. Layton, *Financing Medical Research in Canada*, le Journal de l'Association médicale canadienne, 76, 1957, p. 536; ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, *Rapport annuel*, diverses éditions; et renseignements fournis par le Conseil de recherches pour la défense.

TABLEAU 4-2 SOUTIEN FÉDÉRAL DE LA RECHERCHE SANITAIRE EXTÉRIEURE, ANNÉES FINANCIÈRES 1949 À 1962

(en milliers de dollars)

Année	Conseil national de recherches*	Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social	Conseil de recherches pour la défense	Ministère des Affaires des anciens combattants	Total
1946–1947	158	0	0	0	158
1947–1948	271	0	0	0	271
1948–1949	357	150	40	0	547
1949–1950	498	326	113	0	937
1950–1951	539	720	179	1	1,439
1951–1952	578	959	542	0	2,079
1952–1953	617	1,248	357	2	2,224
1953–1954	642	1,639	380	356	3,017
1954–1955	652	1,600	365	367	2,984
1955–1956	693	1,554	404	352	3,003
1956–1957	849	1,740	419	375	3,383
1957–1958	894	1,937	373	383	3,587
1958–1959	1,523	2,000	409	303	4,235
1959–1960	1,970	2,640	414	328	5,352
1960–1961	2,300	3,600	448	331	6,679
1961–1962	3,285†	3,481	450	359	7,575
1962–1963	4,083†	3,368	447	409	8,307

*Sans les bourses de recherche dentaire du Conseil national de recherches.

†Par le canal du Conseil des recherches médicales.

SOURCE: J. A. MacFarlane et autres, *La formation médicale au Canada*, étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, chapitre 10. Ottawa, Imprimeur de la Reine. (*Sous presse*.

Entre 1946-1947 et 1961-1962, le soutien fédéral de la recherche extérieure est passé de $158,000 par année à $7,757,000; il y a eu une augmentation à 8.3 millions en 1962-1963 (voir tableau 4-2).

Les dépenses fédérales en recherches d'ordre sanitaire (tableau 4-3) sont passées de 1 million en 1949-1950 à 10.7 millions en 1961-1962, soit une augmentation de plus du décuple. En 1962-1963, les dépenses ont atteint 11.3 millions, dont 8.5 millions pour la recherche extérieure (73 p. 100) et 2.8 millions pour la recherche intérieure (27 p. 100).

TABLEAU 4-3 SOUTIEN FÉDÉRAL DE LA RECHERCHE SANITAIRE, ANNÉES FINANCIÈRES 1949, 1961 ET 1962

(en milliers de dollars)

Année	Intérieure	Extérieure	C.N.R., Recherche dentaire	Fonds de la Reine Élisabeth II	Total
1949–1950	110	937	0	0	1,047
1961–1962	2,942	7,575	132	24	10,673
1962–1963	2,751	8,307	178	52	11,288

SOURCE: D'après les tableaux 4-1 et 4-2.

Organismes et fondations d'ordre provincial et bénévole

Il n'existe pas de données qui permettent d'indiquer l'évolution des dépenses des organismes et fondations d'ordre provincial et bénévole affectées à la recherche sanitaire. Le tableau 4-4 donne les dépenses de 1961 et 1962.

Les organismes provinciaux et les fondations bénévoles ont accru leur soutien financier accordé à la recherche de 3.6 millions à 3.9 millions (9.7 p. 100) entre 1961 et 1962. Durant la même période, le soutien provincial a augmenté de 15 p. 100, de sorte que sa part dans les dépenses totales de santé des organismes provinciaux et bénévoles est passé de 9.9 à 10.4 p. 100.

National Institutes of Health

Comme nous l'avons déjà indiqué, les chercheurs canadiens reçoivent depuis quelque temps des fonds du Service de la santé publique des États-Unis par le canal de ses *National Institutes of Health.* La contribution de ces instituts à la recherche sanitaire canadienne se voit au tableau 4-5. Jusqu'en 1958, les fonds étaient fort secondaires. Depuis, ils ont augmenté rapidement au point d'atteindre 2.3 millions en 1963. Le tableau 4-5 fait aussi voir la baisse en 1964 du soutien accordé par les instituts à la recherche sanitaire canadienne. Le soutien diminue graduellement à mesure que les instituts réduisent leurs subventions aux pays développés[1]; les cher-

[1] Communication de l'ambassade du Canada, à Washington (D.C.), au Secrétaire d'État aux Affaires extérieures (26 mars 1964).

TABLEAU 4-4 SUBVENTIONS ET BOURSES DE RECHERCHES PROVENANT DES ORGANISMES PROVINCIAUX ET DES ORGANISMES ET FONDATIONS BÉNÉVOLES, AU CANADA, EN 1961 ET 1962

Organisme	1961						1962					
	Subventions		Bourses		Total		Subventions		Bourses		Total	
	Nombre	Montant	Nombre	Montant	Nombre	Montant	Nombre	Montant	Nombre	Montant	Nombre	Montant
Organismes provinciaux:												
Ontario Addiction Research Foundation	10	66,720	—	—	10	66,720	3	17,891	—	—	3	17,891
Ontario Cancer Treatment Research Foundation	38	239,406	7	45,500	45	284,906	38	337,617	7	50,000	45	387,617
Total	48	306,126	7	45,500	55	351,626	41	355,508	7	50,000	48	405,508
Organismes et fondations bénévoles:												
Canadian Heart Foundation	99	661,507	52	336,600	151	998,107	111	759,728	52	369,450	163	1,129,178
Institut national du cancer	84	1,201,828	—	51,962	84	1,253,790	89	1,447,245	16	48,950	105	1,496,195
Société canadienne de l'arthrite et du rhumatisme	15	110,020	16	69,164	31	179,184	17	90,801	17	85,275	34	176,076
Association de dystrophie musculaire	25	226,381	12	53,441	37	279,822	26	236,772	14	59,175	40	295,947
Atkinson Charitable Foundation	4	128,981	—	—	4	128,981	5	81,044	—	—	5	81,044
J. P. Bickell Foundation	7	65,000	—	—	7	65,000	3	22,640	—	—	3	22,640
Société de la sclérose en plaques	9	65,423	1	4,600	10	70,023	9	62,289	3	7,900	12	70,189
Association canadienne des assureurs-vie	—	36,100	14	79,999	14	116,099	—	22,900	13	67,920	13	90,820
National Sanitarium Association	6	32,400	—	—	6	32,400	7	39,155	—	—	7	39,155
Picker Foundation	2	7,950	—	—	2	7,950	2	11,100	—	—	2	11,100
Association canadienne d'hygiène mentale	2	11,250	—	—	2	11,250	4	21,875	—	—	4	21,875
Banting Research	18	59,760	—	—	18	59,760	17	57,513	—	—	17	57,513
Total	271	2,606,600	95	595,766	366	3,202,366	290	2,853,062	115	638,670	405	3,491,732
Total général	319	2,912,726	102	641,266	421	3,553,992	331	3,208,570	122	688,670	453	3,897,240

SOURCE: Tableau fondé sur J. A. MacFarlane et autres, *La formation médicale au Canada*, étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, chapitre 10. Ottawa, Imprimeur de la Reine. (*Sous presse.*)

TABLEAU 4-5 SUBVENTIONS ACCORDÉES AU CANADA PAR LES INSTITUTS DU SERVICE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DES ÉTATS-UNIS, LES ANNÉES FINANCIÈRES 1954 À 1964

Accordées durant l'année financière	Montant	Nombre de subventions
	$	
1954	9,671	1
1955	9,670	1
1956	9,670	1
1957	16,449	2
1958	71,169	5
1959	180,807	11
1960	559,543	23
1961	649,465	38
1962	1,504,765	67
1963	2,311,143	125
1964	599,759	32
Total	5,922,111	306
Promises pour l'année financière		
1964	995,603	51
1965	784,717	41
1966	355,490	14
Total	2,135,810	106

SOURCE: Communication de l'ambassade du Canada, à Washington (D.C.), au Secrétaire d'État aux Affaires extérieures au sujet des subventions de recherche des États-Unis au Canada (26 mars 1964).

cheurs médicaux canadiens ont soutenu que le programme des instituts du Service au Canada ne devrait pas s'inscrire en bas de 1.2 million par année[1] afin d'assurer le maintien de la collaboration scientifique entre les deux pays. Quoi qu'il en soit, il est clair qu'une réduction considérable des subventions des instituts aux chercheurs canadiens exercera de profondes répercussions sur les travaux de recherche au Canada à moins d'une augmentation des fonds canadiens.

Total des dépenses affectées à la recherche sanitaire

Le tableau 4-6 montre l'ampleur des dépenses affectées à la recherche sanitaire, selon la source des fonds, au Canada, en 1961 et 1962.

[1] C'est ce qu'a pensé à l'unanimité une réunion tenue à Ottawa le 26 février 1964 et à laquelle ont participé M. Robert H. Grant, sous-directeur du Bureau des recherchers internationales du Service de la santé publique des États-Unis, et les membres du Conseil des recherches médicales et de ses quatre sous-comités de subventions. (Renseignements fournis par le ministère des Affaires extérieures du Canada.) Il faut reconnaître que l'entrée de fonds des États-Unis affectés à la recherche est compensée par le passage au États-Unis de chercheurs, de médecins et de chirurgiens canadiens dont les études et la formation ont été payées surtout par le Canada.

TABLEAU 4-6 DÉPENSES TOTALES* AFFECTÉES À LA RECHERCHE SANITAIRE, SELON LA SOURCE DES FONDS, AU CANADA, EN 1961 ET 1962

(en millions de dollars)

Source des fonds	1961		1962	
Gouvernement fédéral†		10.2		11.0
Recherche intérieure	2.9		2.8	
Recherche extérieure‡	7.3		8.2	
Organismes provinciaux[a]		0.3		0.4
Organismes bénévoles		3.2		3.5
National Institutes of Health des États-Unis[b]		1.4		1.6
Total		15.1		16.5

*Subventions et bourses comprises.

†Dans le cas du gouvernement fédéral, des ajustements sont intervenus pour ramener les données de l'année financière à l'année civile.

‡Y compris $130,000 et $150,000 (chiffres estimatifs) affectés à la recherche dentaire en 1961 et 1962.

[a]Province d'Ontario.

[b]Estimations ramenées à l'année civile.

SOURCE: D'après les tableaux 4-3, 4-4 et 4-5.

Les dépenses totales affectées à la recherche sanitaire ont progressé de 15.1 millions à 16.5 millions (9.3 p. 100) entre 1961 et 1962. Le gouvernement fédéral en a fourni 66 p. 100 tandis qu'il en est venu 24 p. 100 des organismes bénévoles et des organismes provinciaux et 10 p. 100 des *National Institutes of Health* des États-Unis. En ce qui concerne les dépenses, en excluant les dépenses pour les recherches internes du gouvernement fédéral, elles ont atteint 13.7 millions en 1962, le gouvernement fédéral y a figuré pour 60 p. 100, les organismes bénévoles et provinciaux y ont participé pour 28 p. 100 et les *Institutes* en ont répondu pour 12 p. 100.

INSUFFISANCE DU SOUTIEN DE LA RECHERCHE SANITAIRE AU CANADA

Toutes les voix sont d'accord pour affirmer que la recherche sanitaire au Canada s'est remarquablement développée depuis une génération, que les chercheurs canadiens se sont acquittés avec distinction de leur tâche et que la recherche sanitaire comporte de vastes répercussions sur le bien-être de l'humanité; on déplore, cependant, que la recherche sanitaire au Canada

n'aille à l'unisson des possibilités qui s'offrent maintenant dans le domaine des sciences médicales et des sciences connexes à la santé ainsi que des obligations qui découlent de la nécessité d'accroître l'effectif de médecins, de dentistes et d'autres praticiens du secteur de la santé. Malgré l'augmentation constante et considérable des sommes mises à la disposition de la recherche sanitaire au Canada—par les organismes officiels de subventionnement et par les organismes bénévoles—les disponibilités sont inférieures aux montants nécessaires au soutien de la recherche.

Le Comité spécial chargé d'examiner le soutien accordé par le gouvernement du Canada à la recherche médicale extérieure, présidé par le professeur R. F. Farquharson, a étudié en 1959 la possibilité de l'existence d'un écart entre les fonds et les installations accessibles à la recherche et les nécessités de la recherche médicale au Canada. Le comité a conclu à l'existence d'un écart du fait d'un certain nombre de facteurs caractéristiques de l'après-guerre[1].

Le premier était l'augmentation numérique du personnel scientifique des écoles de médecine, augmentation qui a accru leurs besoins en fait de soutien de la recherche. Le deuxième était l'établissement de deux nouvelles écoles de médecine et l'implantation à une autre d'un cours complet de quatre années. Ces faits ont accru l'effectif des scientistes médicaux, poussé la croissance des activités scientifiques et augmenté la demande d'aide à la recherche. Le troisième était que la recherche coûtait plus cher à cause de la création et de l'emploi de matériel de recherche plus perfectionné et plus coûteux et des pressions inflationnistes qui avaient fort accru le coût du matériel, des traitements des techniciens et d'autres frais de fonctionnement. Un quatrième facteur était l'insuffisance des locaux de laboratoire affectés à la recherche. Un cinquième facteur, fondamental, était le rythme très rapide du progrès scientifique dans le domaine de la médecine depuis vingt ans. Le savoir est contagieux. L'augmentation de la recherche fait augmenter la découverte. L'augmentation de la découverte fait apparaître beaucoup de problèmes nouveaux qui appellent des recherches. Bref, l'accélération remarquable du rythme de la croissance des connaissances nouvelles et de l'application de ces connaissances s'est traduite pour la recherche par de nouvelles possibilités et de nouvelles obligations.

Depuis 1959, il y a forte augmentation des fonds affectés au soutien de la recherche par le gouvernement fédéral, les organismes et les fondations bénévoles ainsi que par les *National Institutes of Health*. Le soutien fédéral de la recherche intérieure et extérieure a doublé entre 1958-1959 et 1962-1963. Les subventions des *Institutes* ont crû d'à peine $200,000 à plus de 2 millions. Celles des organismes bénévoles ont aussi augmenté. Les installations de recherche se sont aussi développées parce que certaines universités lui ont voué plus de locaux. Il n'en subsiste pas moins cependant des insuffisances. Les fonds sont encore insuffisants pour soutenir le personnel et les installations ne suffisent même pas au personnel disponible.

---

[1] Le *Rapport Farquharson, op. cit.*, pp. 5 et 6.

Manque de personnel et d'installations

Il est difficile de dire exactement dans quelle mesure les fonds affectés au soutien du personnel qui s'occupe actuellement de recherches sanitaires ne répondent pas aux besoins. On sait qu'il y a un écart entre la demande et l'offre de fonds, mais l'importance de l'écart n'est pas facile à exprimer quantitativement. Ainsi, par exemple, on sait que les sommes demandées par les chercheurs dépassent les sommes accordées par les divers organismes de subventionnement, mais on ne dispose pas de renseignements complets à cet égard. En premier lieu, les demandeurs d'aide ne répondent peut-être pas tous aux normes exigées par l'organisme de subventionnement. Les demandeurs de bourses ne sont peut-être pas tous aptes. En second lieu, les demandeurs infructueux auprès d'un organisme peuvent bien obtenir de l'aide d'une autre source comme les *National Institutes of Health*. On ne possède pas, malheureusement, de renseignements qui permettraient d'éliminer les doubles demandes et de déterminer le manque réel[1]. On peut affirmer, cependant, que les chercheurs qualifiés croient qu'il pourrait se dépenser plus de fonds avec profit et sans gaspillage[2].

Les tendances de l'aide à la recherche se voient bien aux tableaux 4-7 et 4-8. Compte tenu des limitations des données, le tableau 4-7 indique que le nombre de subventions accordées à la recherche par le Conseil des recherches médicales augmente depuis quelque temps, mais que la proportion des candidats subventionnés diminue.

TABLEAU 4-7 RÉSUMÉ DES SUBVENTIONS DEMANDÉES ET ACCORDÉES—CONSEIL DES RECHERCHES MÉDICALES, ANNÉES FINANCIÈRES 1961-1962 À 1963-1964

Subventions demandées et accordées	1961–1962	1962–1963	1963–1964
Subventions demandées	$3,719,342	$4,883,392	$6,089,697
Subventions accordées (nombre)	370	444	495
Valeur des subventions accordées	$2,697,077	$3,459,273	$3,971,273
Pourcentage des demandes agréées	72	71	65
Nombre de demandes entièrement écartées	43	69	115
Valeur des demandes entièrement écartées	$ 342,625	$ 574,138	$1,088,414

SOURCE: Renseignements fournis par le Conseil des recherches médicales.

[1] Les données disponibles portent sur les organismes de subventionnement canadiens seulement. Les chercheurs canadiens reçoivent aussi de l'aide des *National Institutes of Health*.

[2] Conseil national de recherches, *Quarante-sixième rapport annuel 1962-1963*, Rapport du président du Conseil des recherches médicales, *University of Toronto Press*, Toronto, 1963, p. 36. «Comme les disponibilités sont d'habitude bien inférieures à la somme des fonds demandés, le chiffre originalement recommandé doit souvent être réduit.»

Les bourses de recherches supérieures sont le moyen le plus commun employé pour soutenir la formation de chercheurs des sciences médicales. Comme l'indique le tableau 4-8, la proportion des bourses de recherches, contrairement aux subventions accordées par le Conseil des recherches médicales, est en augmentation (76 p. 100 en 1963). Dans le cas de l'Institut national du cancer et de la *Canadian Heart Foundation*, une forte proportion des bourses sont accordées (89 et 84 p. 100 en 1963). La proportion générale des bourses accordées a augmenté de 70 p. 100 en 1961-1962 et 1962-1963 à presque 80 p. 100 en 1963-1964.

TABLEAU 4-8 RÉSUMÉ DES BOURSES DEMANDÉES ET ACCORDÉES—CERTAINS ORGANISMES, DE 1961 À 1963*

Organisme	1961		1962		1963	
	Nombre	Montant	Nombre	Montant	Nombre	Montant
		$		$		$
Conseil des recherches médicales						
Bourses demandées	94		103		108	
Bourses accordées	53		60		82	
Pourcentage approuvé	56		58		76	
Institut national du cancer						
Bourses demandées	16	79,750	19	90,800	18	91,750
Bourses accordées	13	63,304	15	59,650	16	74,850
Pourcentage approuvé	81	79	79	66	89	82
Canadian Heart Foundation						
Bourses demandées	60	400,500	58	419,950	50	383,015
Bourses accordées	52	336,600	52	356,200	42	280,100
Pourcentage approuvé	87	84	90	85	84	73

* Les données relatives au Conseil des recherches médicales portent sur 1960–1961, 1961–1962 et 1962–1963; Institut du cancer, 1961, 1962 et 1963; *Heart Foundation*, 1961–1962, 1962–1963 et 1963–1964.

SOURCE: Chiffres fondés sur des données fournies par le Conseil des recherches médicales, l'Institut national du cancer et la *Canadian Heart Foundation*.

Comme nous l'avons dit déjà, le Conseil des recherches médicales accorde 24 bourses prébaccalauréates d'été d'une valeur de $1,000. Les demandes en 1962 ont dépassé 100, ce qui indique bien la pénurie qui existe dans ce domaine.

On convient généralement que nul ne mérite plus d'être soutenu dans le domaine de la recherche sanitaire que le chercheur qui s'est montré capable d'effectuer des recherches originales et suivies. En fait, il semble juste de dire que les progrès et la découverte dans le domaine de la médecine sont à peu près fonction du nombre de chercheurs de ce calibre établis dans les universités, les hôpitaux ou les organismes de recherches spéciales. En 1962-1963, on comptait un chiffre sans précédent de 29 associés de recherches[1].

[1] Chiffre fourni par le Conseil des recherches médicales.

On dit parfois qu'une autre indication de la pénurie des fonds affectés à la recherche au Canada est la différence entre la moyenne de l'aide financière accordée aux chercheurs canadiens et celle qui va à leurs homologues des États-Unis. La statistique est maigre sur ce point également, mais elle indique bien que les scientistes américains bénéficient de subventions moyennes plus fortes que les Canadiens[1].

La différence, du point de vue de l'effectif des chercheurs, serait importante si on pouvait démontrer que cette différence, ou la pénurie des fonds affectés à la recherche en général, se traduit pour le Canada par la perte de chercheurs médicaux ou dentaires au bénéfice des États-Unis. Il est difficile de fournir des chiffres précis. Il y a certainement des chercheurs canadiens qui passent aux États-Unis, mais la perte est compensée en partie par l'entrée de scientistes d'autres pays au Canada et par le libre échange de renseignements d'ordre sanitaire entre les pays[2]. Il est vrai que les subventions sont en moyenne inférieures au Canada, mais il faut reconnaître que la différence de niveau de vie entre le Canada et les États-Unis assure une certaine compensation. Le reste tient aux revenus plus élevés qui règnent aux États-Unis. Il s'agit de différences qui existent depuis longtemps et qui devraient probablement persister dans l'immédiat. Il est probablement exact que ce n'est que lorsque les différences s'accentuent que la sortie d'effectifs augmente pour cette raison.

---

[1] Le traitement de base d'un boursier de recherches du Conseil des recherches médicales du Canada est de $3,000 par année; le maximum qu'il peut toucher après cinq années ou plus de formation plus poussée est $5,000. Depuis 1961, les boursiers avec enfants à charge touchent un supplément de $500 pour le premier enfant et une indemnité de $200 pour chaque autre enfant. Aux États-Unis, les *National Institutes of Health* accordent des bourses post-doctorales aux diplômés qui veulent continuer bientôt leur formation. Ces bourses varient de $4,500 à $5,500 par année; elles comportent des indemnités pour charges de famille ($500 par personne à charge) et pour frais d'enseignement. Les *Institutes* accordent des subventions de *Research Career Development* aux chercheurs médicaux qui veulent continuer leur formation et à ceux qui ont besoin de plus d'expérience pour pouvoir accéder à des postes supérieurs. Les subventions valent pour des périodes initiales de cinq ans et peuvent se renouveler pour un total d'au plus dix ans. Le traitement maximum est de $25,000 par année. Les bourses d'associés de recherches médicales répondent à des fins comparables à celles des subventions de *Research Career* des *Institutes*; ces dernières, cependant, assurent des traitements allant jusqu'à $25,000 par année, tandis que le traitement maximum assuré par les premières est de $16,720 par année. Bien qu'il y ait certaines différences dans le coût de la vie entre les deux pays, ces différences sont considérablement inférieures à la variation indiquée ci-dessus dans le traitement des boursiers aux États-Unis et au Canada.

[2] Il s'agit ici d'un autre exemple des lacunes de la statistique de la migration des effectifs professionnels, lacunes qui rendent plus difficile encore la planification des programmes de santé au Canada. Le Dr K. M. West a établi une estimation grossière de la sortie de chercheurs biomédicaux du Canada qui sont allés aux États-Unis. D'après lui, une moyenne de 45 de ces chercheurs émigrent vers les États-Unis chaque année. K. M. West, «*Training for Medical Research: The World Role of the United States*», *The Journal of Medical Education*, mars 1964, p. 256. Des diplômés du Canada, d'autre part, reçoivent une formation supérieure aux États-Unis—grâce surtout aux subventions du gouvernement américain—et reviennent ensuite au Canada. Il n'existe pas de renseignements qui permettent de déterminer le chiffre net à long terme des migrations de chercheurs médicaux intervenant entre les deux pays. Il faudrait bien combler cette lacune de statistiques indispensables à la planification de la recherche médicale quand le programme de statistiques d'ensemble sur la santé exposé au chapitre 5 sera mis en œuvre.

Ce qui fait défaut dans le domaine de la recherche sanitaire, ce n'est pas tant la pénurie de fonds propres à assurer aux chercheurs qualifiés le soutien qu'il leur faut, même si ces fonds sont insuffisants, mais la pénurie d'effectifs qualifiés. Cela peut tenir à la perte d'effectifs au bénéfice des États-Unis, mais c'est bien plus manifestement dû à l'inexistence d'une politique nationale de la main-d'œuvre destinée à assurer l'expansion de l'effectif de médecins et de dentistes formés au Canada. L'établissement d'installations appropriées à la formation de médecins et de dentistes aurait fait augmenter l'effectif de chercheurs éventuels parce que les professeurs d'universités s'occupent d'enseignement et de recherches dans le domaine des sciences sanitaires. Les effectifs ainsi produits auraient fourni en partie les chercheurs sanitaires des dix prochaines années.

La pénurie de personnel se rattache donc à la pénurie d'installations de recherche dans les écoles de médecine et les hôpitaux d'enseignement. Les installations de recherche clinique sont limitées et les vieilles écoles de médecine assurent peu d'installations en dehors de celles qui sont nécessaires à l'enseignement[1]. On peut déterminer le chiffre des besoins dans ce domaine d'après la note établie par l'Association des écoles de médecine pour les fins d'une réunion avec l'honorable Gordon Churchill, président du Comité du conseil privé pour la recherche scientifique et industrielle, intervenue sur la fin de 1962[2]. Au 26 novembre 1962, d'après une enquête sur les besoins en nouveaux locaux des écoles de médecine et des hôpitaux d'enseignement associés à ces écoles, le coût des constructions nécessaires s'établirait à 190 millions en 1963-1971, dont 57.8 millions affectés aux locaux de recherche. Sur les 190 millions, il en fallait 93 pour les universités et 97 pour les hôpitaux, mais une tranche de 9 millions seulement de ce dernier chiffre était destinée aux installations de recherche.

Le recrutement du personnel d'exécution du programme de recherches du Canada dépendra surtout dans l'immédiat, qu'il s'agisse des sciences médicales ou dentaires, de l'établissement d'installations de recherches dans les universités, les hôpitaux et les institutions associées ainsi que de l'expansion du nombre des effectifs des écoles de médecine et d'art dentaire du Canada, en plus du personnel accru employé par les gouvernements fédéral et provinciaux et l'industrie pharmaceutique. On n'a pas à s'inquiéter de la possibilité de former trop d'effectifs pour les recherches médicales, dentaires et autres connexes, du moins certainement pas avant les années 1970. L'urgent est d'augmenter le personnel et les installations des écoles de médecine et d'art dentaire et, partant, d'accroître ainsi le volume de la recherche sanitaire tout en augmentant l'effectif de chercheurs. Les problèmes à court

---

[1] *Rapport Farquharson, op. cit.*, p. 5. «Les bâtiments primitivement construits pour les vieilles écoles de médecine étaient destinés à l'enseignement et bien peu en étaient voués à la recherche. Beaucoup de ces bâtiments sont encore en usage; la recherche s'effectue dans de maigres locaux, dans des laboratoires affectés à l'enseignement ou même dans des corridors.»

[2] J. A. MacFarlane et autres, *op. cit.*, chapitre 12. Ces estimations ont figuré dans le mémoire présenté par la Fondation des universités canadiennes au gouvernement du Canada en mai 1963.

terme sont considérables, mais le rendement à long terme pourra être extrêmement élevé.

La situation de la recherche dentaire au Canada permet de voir que le problème consiste essentiellement à augmenter l'effectif de chercheurs plutôt que de fournir des fonds aux chercheurs actuels. En 1962, le nombre d'effectifs dentaires aptes à s'occuper de recherches et effectuant des recherches dans le cadre de leurs activités générales était d'environ 30. Cette année-là, dix diplômés en art dentaire se formaient à la recherche avant de se joindre au personnel des écoles d'art dentaire[1]. Cependant, comme le mémoire de la faculté d'art dentaire de l'Université de l'Alberta l'a signalé, la recherche dentaire est limitée par la pénurie de professeurs à plein temps des sciences dentaires dont le nombre est inférieur à dix au Canada[2]. Si grande est la pénurie de personnel qualifié que, malgré les ressources financières limitées, on a dit, à la réunion de 1960 du Comité associé des recherches dentaires du Conseil national de recherches, qu'il existait suffisamment de fonds pour répondre aux demandes de ceux qui s'occupent de recherches dentaires au Canada[3].

Autres problèmes

Le manque de bonnes bibliothèques médicales est une cause qui limite le développement de la recherche dans le domaine des sciences médicales. Il est certain que le succès d'un programme d'enseignement et de recherche dépend tout autant de bonnes bibliothèques que de bons laboratoires et de bon matériel. Pourtant, le fonds de seulement deux bibliothèques médicales universitaires sur 12 correspond à peu près à ce qu'on reconnaît généralement comme indispensable au soutien d'un programme d'études et de recherches supérieures en expansion[4]. Le nombre, en particulier, des périodiques courants reçus régulièrement dans toutes les bibliothèques, sauf deux, est inférieur à la norme minimum; la liste réunie des périodiques des 12 bibliothèques ne comprend pas les revues qui figurent à l'*Index Medicus* et aucune bibliothèque ne peut offrir plus de la moitié des sujets que représente la liste tandis que 3 bibliothèques en offrent moins de 20 p. 100.

La plupart des bibliothèques manquent de personnel et les installations[5] de toutes les bibliothèques n'en peuvent plus devant les demandes accrues qui leur sont faites. Cela étant, il est bien manifeste que les ressources bibliotechniques nécessaires au soutien du programme d'enseignement et

---

[1] *L'Association dentaire du Canada*, mémoire présenté à la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, mars 1962, XXIV-7. La première Conférence canadienne sur la recherche dentaire a eu lieu en octobre 1961. Y ont assisté des représentants de toutes les écoles d'art dentaire, du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social et du Service dentaire royal canadien.

[2] *L'Université de l'Alberta*, mémoire présenté à la Commission royale d'enquête sur les services de santé par la faculté d'art dentaire, Edmonton, février 1962, p. 18.

[3] *Ibid.*, pp. 20 et 21.

[4] Ces chiffres et ceux qui suivent se fondent sur le mémoire présenté à Toronto, le 10 mai 1962 à la Commission royale d'enquête sur les services de santé par le *Comité des bibliothèques des sciences médicales de l'Association des bibliothèques du Canada.*

[5] Les installations comprennent l'espace où travaille le personnel, l'espace où se tiennent les utilisateurs, les magasins, etc.

de recherche d'ordre médical du Canada ne répondent pas aux besoins de l'heure et que les besoins de demain seront plus grands que jamais. Il faut une aide financière substantielle pour amener les bibliothèques médicales de notre pays à un niveau suffisant pour la bonne marche de la recherche et de l'éducation et nous faisons à cette fin des recommandations appropriées à la fin du présent chapitre[1].

Le problème de pourvoir aux frais indirects de la recherche sanitaire en est un d'ordre différent. Le programme des subventions d'aide à la recherche institué par le Conseil national de recherches il y a plus de quarante ans se fondait sur le principe que le bénéficiaire devait être *aidé* et que l'université où il travaillait devait fournir elle-même les locaux et les installations. Cette formule a été adoptée par d'autres organismes de subventionnement au fur et à mesure qu'ils ont vu le jour. Le programme des recherches sanitaires se développe tellement depuis quelques années, cependant, que les universités commencent à se demander ce que coûtent le chauffage, l'éclairage, le nettoyage, etc. Ce qui est devenu important, c'est qu'il n'est pas exceptionnel que le total des subventions à la recherche reçues par le personnel d'une faculté de médecine soit égal au budget total de la faculté en fait de traitements payés aux professeurs et de fournitures. Les frais de comptabilité occasionnés par les subventions peuvent être considérables.

Les protestations formulées par les universités américaines au sujet de l'augmentation des frais indirects de la recherche ont amené les organismes de subventionnement aux États-Unis à prévoir des frais «généraux» dans leurs subventions. Le montant varie de 10 à 50 p. 100 de la subvention. A la réunion annuelle de l'Association des Écoles de médecine du Canada (1961), les doyens des facultés de médecine ont adopté une résolution demandant que les organismes de subventionnement accordent des subventions supplémentaires aux universités afin de les aider à faire face aux frais indirects qu'occasionne l'administration des subventions à la recherche. La Commission reconnaît que les subventions imposent souvent un gros fardeau financier à l'université bénéficiaire. Nous croyons qu'il faudrait aider les universités à payer les frais d'administration des subventions. Nous en concluons qu'un moyen de régler le problème serait d'affecter une partie de la Subvention universitaire aux professions sanitaires de 50c. par habitant et par année au paiement d'une part des frais indirects occasionnés par les subventions à la recherche[2].

EFFECTIF FUTUR DE SCIENTISTES MÉDICAUX ET DENTAIRES

Quelles sont les perspectives d'expansion de l'effectif des chercheurs médicaux et dentaires d'ici 1971? En 1961-1962, les doyens des écoles de médecine du Canada ont déclaré que leurs universités et les hôpitaux associés

[1] Voir recommandation 220, p. 131.
[2] Voir volume I, chapitre 2, recommandation 174, p. 78.

comptaient au moins 1,200 personnes qui possédaient la formation professionnelle nécessaire pour s'occuper de recherches sanitaires. Une tranche de 800 étaient des professeurs à plein temps et le reste, des professeurs à temps partiel pleinement qualifiés[1]. Certains professeurs à plein temps consacrent tout leur temps à la recherche, mais tous les autres y affectent une partie de leur temps. Il n'est pas possible d'indiquer le pourcentage de temps que ces derniers y consacrent. D'autre part, il existait environ 14 professeurs à plein temps et deux professeurs à demi-temps des écoles d'art dentaire qui possédaient un grade supérieur dans une des sciences biologiques, en plus de leur grade en art dentaire; il y avait aussi 20 professeurs à plein temps et 34 professeurs à temps partiel pourvus d'un diplôme intéressant une des spécialités cliniques. La totalité pour ainsi dire de ces professeurs possédaient une formation supplémentaire dans les sciences fondamentales et quelques-uns s'occupaient de recherches[2].

En plus des chercheurs des universités, il existait d'autres gens qui s'occupaient activement de recherches sanitaires dans les laboratoires des gouvernements et les laboratoires pharmaceutiques. Le nombre estimatif de scientistes qui s'occupaient de recherches sanitaires dans les ministères fédéraux est indiqué au tableau 4-9. On ne connaît pas le nombre de chercheurs biomédicaux qu'emploient les ministères provinciaux ni les fabricants de produits pharmaceutiques. On croit, cependant, qu'il est relativement faible[3].

TABLEAU 4-9 CHERCHEURS BIOMÉDICAUX EXERÇANT LEUR ACTIVITÉ DANS LES MINISTÈRES FÉDÉRAUX, AU 31 MARS 1963

Ministère	Nombre	Équivalent à plein temps
Santé nationale et Bien-être social	257	83
Affaires des anciens combattants	53	34
Conseil de recherches pour la défense	20	20
Total	330	137

SOURCE: Renseignements fournis par la Section des finances des entreprises du Bureau fédéral de la statistique.

En résumé, même si on ne connaît pas la proportion du temps qu'elles consacrent à la recherche, on estime que 1,600 à 1,700 personnes s'occupaient de recherches médicales et dentaires au Canada en 1963.

[1] J. A. MacFarlane et autres, *op. cit.*, chapitre 10.

[2] Données sur les dentistes: K. J. Paynter, *op. cit.*

[3] D'après une enquête sur les professions scientifiques et techniques pratiquée en 1963 par la Direction de l'économique et des recherches du ministère du Travail, Canada, il y avait 23 personnes qui effectuaient des recherches intéressant la médecine dans les ministères provinciaux de la Santé et environ 153 en faisaient autant dans les laboratoires industriels privés. La plupart de ces dernières étaient des employés de l'industrie pharmaceutique.

Les écoles de médecine du Canada estiment qu'il leur faudra au moins 2,200 professeurs en 1971, dont 1,600 à plein temps[1]. Tous ces professeurs devraient être pleinement qualifiés et seraient appelés à effectuer des recherches dans leur domaine particulier et dans le cadre de leur enseignement. On estime que, en 1971, 150 des professeurs des écoles d'art dentaire feront de la recherche dans le cadre de leur charge professorale[2].

Le nombre de chercheurs qui s'occupent de recherches sanitaires dans les laboratoires des gouvernements est projeté à 550 en 1971 contre 330 en 1963[3].

Exclusion faite des chercheurs diplômés des laboratoires des gouvernements provinciaux et des laboratoires pharmaceutiques, il y aurait, d'après les projections, environ 2,900 chercheurs sanitaires exerçant leur activité au Canada en 1971, même si tous ne doivent pas se consacrer à la recherche à plein temps. A cause des lacunes des données, c'est un chiffre qui est sujet à une forte erreur, mais il fournit une base qui permet d'estimer les besoins en fait de fonds affectés à la recherche.

DÉPENSES PROJETÉES EN RECHERCHES MÉDICALES ET DENTAIRES, EN 1961-1971

Comme l'indique le tableau 4-10, les dépenses en recherches médicales et dentaires ont atteint un chiffre estimatif de 15.1 millions en 1961. Une tranche de 12.2 millions a servi à financer des recherches effectuées dans les universités et les laboratoires privés et une autre de 2.9 millions, des recherches intervenant dans les services mêmes du gouvernement fédéral[4].

Il n'est pas facile d'indiquer le rythme auquel les dépenses affectées à la recherche sanitaire vont augmenter. Il est difficile d'estimer les besoins de 1971 à cause du temps qu'exige l'expansion de l'effectif de chercheurs du fait de l'établissement de nouvelles écoles de médecine et d'art dentaire et d'hôpitaux d'enseignement ou de l'expansion de ceux qui existent déjà. En outre, la complexification constante de la recherche et le renchérissement

---

[1] Ces chiffres sont discutés plus à fond dans J. A. MacFarlane et autres, *op. cit.*, chapitre 10; voir aussi volume I, chapitre 13, tableau 13-6, p. 532.

[2] Voir volume I, chapitre 13, p. 558. Les besoins en fait de professeurs d'art dentaire en 1971 sont estimés à un chiffre de 660 (professeurs à temps plein, à demi-temps et à temps partiel). On ne sait pas au juste quelle sera la proportion de ces professeurs qui effectueront des recherches, mais on en a fixé le nombre à 150 pour les fins de la présente estimation, soit environ 60 p. 100 des effectifs à plein temps et à demi-temps estimatifs.

[3] La grande augmentation en ce qui concerne les gouvernements découle des recommandations relatives à la recherche intéressant les médicaments. Voir volume I, chapitre 2, recommandations 80 à 82, p. 45.

[4] Il faut retenir les points qui suivent dans la comparaison de ces chiffres avec ceux du volume I, chapitre 11, p. 472. A la page 472, les dépenses affectées à la recherche médicale et dentaire en 1961 sont chiffrées au montant estimatif de 12 millions. C'est un montant qui ne comprend pas les recherches intérieures du gouvernement fédéral (2.9 millions). Ces dépenses sont comprises dans les dépenses sanitaires des pouvoirs publics. Les dépenses en recherches effectuées par l'industrie pharmaceutique dans le cadre des médicaments contrôlés sont discutées dans le volume I, chapitres 16 et 17.

TABLEAU 4-10 DÉPENSES ESTIMATIVES* EN RECHERCHES MÉDICALES ET DENTAIRES, SELON LA SOURCE DES FONDS, EN 1961, ET DÉPENSES PROJETÉES, SELON LA SOURCE DES FONDS, AU CANADA, EN 1966 ET 1971

(en millions de dollars)

Source des fonds	1961		1966		1971	
Gouvernement fédéral†		10.2		23.5		44.5
Recherche intérieure	2.9		4.5		6.0	
Recherche extérieure	7.3‡		17.0		34.5	
Dépenses appelées à remplacer les subventions des *U.S. National Institutes of Health* au Canada	—		2.0		4.0	
Organismes provinciaux		0.3[a]		1.0		1.5
Organismes bénévoles		3.2		5.5		8.0
U.S. National Institutes of Health		1.4[b]		0.5		—
Total		15.1		30.5		54.0

* Y compris les subventions et les bourses.

† Dans le cas des dépenses fédérales, les dépenses ont été ramenées de l'année financière à l'année civile.

‡ Y compris une somme estimative de $130,000 affectée à la recherche dentaire.

[a] Province d'Ontario.

[b] Estimations d'une année civile.

SOURCE: Données de 1961 fondées sur le tableau 4–6.

des prix durant la période rendent plus difficiles encore les projections. Il est clair, cependant, que les dépenses de recherche doivent s'accroître pour assurer au Canada les bienfaits qui découlent de la recherche. C'est une nécessité que reflètent nos projections. Comme le montre le tableau 4-10, nous estimons qu'il faudra 26 millions en 1966 pour financer la recherche médicale et dentaire et 48 millions en 1971 ce qui exclut les dépenses pour les recherches internes du gouvernement fédéral. Les dépenses fédérales de recherche intérieure doivent atteindre 4.5 millions en 1966 et 6.0 millions en 1971. Le total des sommes disponibles pour assurer le soutien de la recherche médicale et dentaire doit donc passer de 15.1 millions en 1961 à 54 millions en 1971, soit une augmentation annuelle moyenne de 13.6 p. 100 au cours de la décennie[1]. Si nous ajoutons les sommes mises à la disposition des univer-

[1] Les points qui suivent sont à retenir dans la comparaison de ces projections avec celles du volume I, tableau 20-4. Au tableau 20-4, les dépenses en recherches sanitaires ne comprennent pas les dépenses fédérales en recherches intérieures qui sont comprises dans les dépenses affectées à la santé publique. Il faut noter que l'estimation qui figure au tableau 4-10 quant aux recherches extérieures en 1971 est de 48 millions, soit le même chiffre qu'au tableau 20-4 du volume I. En ce qui concerne l'année 1966, les dépenses projetées en recherches, en excluant les dépenses pour les recherches internes du gouvernement fédéral, sont réduites à 26 millions au tableau 4-10 (32 millions au tableau 20-4 du volume I). La réduction tient à ce qu'il est difficile d'augmenter l'effectif de chercheurs d'ici 1966 et ne modifie guère la projection de la dépense totale et de la dépense par habitant non plus que les pourcentages de la D.N.B. consacrés à la santé (tableau 20-4, volume I).

sités du fait de la Subvention universitaire aux professions sanitaires[1] et du fait de notre recommandation portant de considérer les frais des services hospitaliers rendus par le personnel des écoles de médecine dans les hôpitaux d'enseignement comme partie des subventions accordées en vertu de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques[3], la somme accrue de fonds disponibles pour la recherche est considérable[3].

C'est un taux de croissance considérable, mais il faut le rattacher à la croissance projetée des effectifs afin de pouvoir déterminer un peu si ces sommes suffiront. D'après nos estimations, le nombre de candidats admissibles à bénéficier des fonds affectés à la recherche, y compris les chercheurs médicaux et dentaires, augmentera de 1,600 à 2,900 entre 1961 et 1971. Si les dépenses passent de 15 à 54 millions, cela signifie une somme moyenne à la disposition des chercheurs éventuels qui passera de $9,400 à $18,620. En bref, d'après nos projections, on pourra aider presque le double de chercheurs tout en doublant les fonds accessibles à chacun. Le taux de croissance moyen annuel des fonds disponibles par habitant est projeté à 7.1 p. 100.

Malgré tout cela, la moyenne des sommes disponibles par habitant projetées est encore bien inférieure à la moyenne projetée dans le cas des États-Unis, même si ces dernières le sont à peu près au même taux de croissance[4]. Le seul critère de nos projections sera si elles sont suffisamment élevées pour empêcher un nombre important de chercheurs canadiens de passer aux États-Unis et pour attirer un nombre grandissant de Canadiens vers la recherche. Si nos chercheurs vont nombreux aux États-Unis ou si nos gens ne se lancent pas assez nombreux dans la recherche, il faudra alors augmenter les fonds affectés à la recherche. D'après les données que nous possédons à l'heure actuelle, le taux d'augmentation que nous avons projeté semble assez élevé pour réduire au minimum ces possibilités[5].

A cause du taux rapide auquel est projetée la croissance des écoles de médecine et d'art dentaire, l'augmentation des dépenses affectées à la

---

[1] Voir volume I, chapitre 2, recommandation 174, p. 78.

[2] Voir volume I, chapitre 2, recommandation 143, p. 72.

[3] Le coût de la recherche sociale et opérationnelle connexe aux Subventions aux services de santé et effectuée par le Conseil de recherche en sciences de la santé serait payé par la partie de ces subventions affectée aux frais d'administration.

[4] Voir *Resources for Medical Research,* rapport n° 3, *Manpower for Medical Research Requirements and Resources,* 1965-1970, département de la Santé, de l'Éducation et du Bien-être social des États-Unis, Service de la Santé publique, janvier 1963. La somme moyenne estimative accessible aux chercheurs diplômés aux États-Unis en 1961 était de $18,000; d'après les projections, le chiffre en atteindra $40,000 en 1971. Il faut noter qu'on ne peut comparer directement la moyenne des dépenses du Canada avec celle des États-Unis parce les premières ne comprennent pas les effectifs employés par les sociétés pharmaceutiques, effectifs qui sont compris dans le cas des États-Unis. En outre, la proportion de chercheurs à plein temps et à temps partiel peut différer et influer ainsi sur la moyenne des dépenses.

[5] Dans le cadre de ces projections, il faut noter que l'Association dentaire canadienne estime que les dépenses affectées à la recherche dentaire et à la formation des chercheurs pourraient augmenter à 3 millions en 1978 comparativement à notre chiffre de 2.8 millions pour 1971. (Voir *The Canadian Dental Association,* mémoire présenté à la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, mars 1962, appendice XXIV, p. 7.) La somme moyenne disponible pour la recherche médicale dépasserait $18,620 dans la mesure où les dépenses en recherches dentaires seraient inférieures à 2.8 millions.

recherche intérieure fédérale est projetée à un taux plus lent. La dépense de cet ordre du gouvernement fédéral, qui répondait pour 20 p. 100 environ du total en 1961, n'en devrait répondre que pour un peu plus de 10 p. 100. C'est un chiffre, cependant, qui devrait suffire aux organismes fédéraux à cause de l'augmentation absolue des fonds.

Nos projections relatives à la source des fonds affectés à la recherche figurent aussi au tableau 4-10. Les projections de la dépense des organismes provinciaux et bénévoles se fondent, dans une large mesure, sur le taux rapide de la croissance des dépenses en 1952-1962. Nous ne sommes pas en mesure de dire si le rythme s'en maintiendra. Cependant, si ce ne sont pas ces organismes qui fournissent les fonds, il faudra qu'ils viennent de quelque part pour assurer la progression de la recherche sanitaire—et de la formation du personnel sanitaire—au rythme qu'exige le bien du pays. Si les fonds ne viennent pas des organismes bénévoles ou d'autres sources, le gouvernement fédéral devra les fournir.

La situation est la même dans le cas des subventions dont le Canada bénéficient des *National Institutes of Health* des États-Unis. Si l'apport de cette source devait continuer d'augmenter dans l'avenir à peu près au même taux que ces dernières années, il pourait atteindre 4 millions en 1971. Cependant, étant donné la réduction des fonds mis à notre disposition par les *Institutes,* ces 4 millions de dollars devraient provenir d'autres sources. Il se peut que les subventions privées à la recherche ou celles des gouvernements provinciaux augmentent suffisamment pour compenser la réduction de l'apport des *National Institutes of Health,* mais s'il en était autrement, le gouvernement fédéral devrait fournir 4 millions de dollars de plus pour la recherche extérieure en 1971. C'est l'hypothèse que nous avons suivie dans notre projection de la dépense fédérale pour la recherche extérieure du tableau 4-10; nous y prévoyons que la dépense fédérale destinée à remplacer les subventions des *NIH* s'élèvera à 2 millions en 1966 et à 4 millions en 1971.

Nous avons formulé deux recommandations au sujet du soutien financier fédéral de la recherche médicale et dentaire extérieure: que la Subvention du Conseil des recherches médicales soit augmentée de 2 millions par année par rapport à la subvention des cinq années 1961-1966 et que ces fonds soient transférés au Conseil de recherches en sciences sanitaires; et que soit transférée également au Conseil la recherche extérieure que soutiennent actuellement le Programme des subventions nationales à la santé, les Comités associés de la recherche dentaire et de la psychologie du Conseil national de recherches et le Fonds Reine Élisabeth II[1]. Comme il saute aux yeux que l'augmentation de 2 millions par année ne suffira pas au Conseil des recherches médicales après 1965, nous recommandons d'augmenter les fonds de 3 millions encore par année en 1966-1971. En outre, comme il est manifeste que le soutien de la recherche extérieure assuré par les ministères de la Santé nationale et des Affaires des anciens combattants et par le Conseil des recherches pour la défense et autres organismes fédéraux de

[1] Voir volume I, chapitre 2, recommandation 178, p. 82 et recommandation 197 c), p. 92.

subventionnement continuerait de s'accroître s'il demeurait à la charge du ministère ou organisme en cause, nous avons posé en hypothèse qu'il continuera d'augmenter après être passé au Conseil de recherche en sciences de la santé. Ainsi que le montre le tableau 4-10, le soutien fédéral de la recherche médicale et dentaire extérieure par le canal du Conseil atteindrait 38.5 millions en 1971, soit une augmentation de 31 millions sur 1961[1].

Le besoin d'aider la recherche en matière de santé est si grand que des dépenses inférieures à 48 millions de dollars pour la recherche en 1971, ce qui exclut les dépenses pour les recherches internes du gouvernement fédéral, auraient presque certainement un effet nocif pour le programme canadien de recherche. La réduction de l'apport des *National Institutes of Health* et le ralentissement du taux d'accroissement de l'apport des organismes bénévoles réduiraient sérieusement la somme de recherches en matière de santé qui doivent être entreprises. Dans ces circonstances, si les fonds provenant d'autres sources ne suffisent pas à compenser la réduction de l'apport des *National Institutes of Health,* ou si le taux d'accroissement des fonds provenant des organismes bénévoles est moindre que celui que nous prévoyons ici, nous recommandons que le gouvernement fédéral fournisse les fonds nécessaires[2].

INVESTISSEMENTS FUTURS AFFECTÉS À LA RECHERCHE MÉDICALE ET DENTAIRE

Comme la recherche médicale et dentaire est étroitement liée à la formation des médecins et des dentistes, le coût des installations nécessaires à ces activités est compris dans le coût de l'expansion des écoles de médecine et d'art dentaire et des hôpitaux associés à ces écoles[3].

Le programme massif que nous avons recommandé dans le volume I de mettre en œuvre afin d'augmenter les installations affectées à la formation du personnel sanitaire dans les universités et les hôpitaux d'enseignement reconnaît la nécessité d'établir des installations de recherche suffisantes dans les deux secteurs en conjugaison avec les installations d'enseignement. Les recommandations que nous formulons au sujet des installations et du personnel sont, en ce sens, interdépendantes. L'expansion des installations

[1] Les recommandations relatives à l'expansion des fonds accessibles au Conseil des recherches médicales et des fonds provenant d'autres subventions ministérielles à la recherche extérieure appelleraient une augmentation de 27 millions de la dépense fédérale. Le reste, 4 millions, tient à la subvention des fonds fédéraux aux fonds des *Institutes of Health* des États-Unis.

[2] Voir volume I, chapitre 21, p. 873, tableau 21-3. Dans le tableau, toutes les dépenses affectées au soutien de la recherche effectuée dans les universités sont considérées comme venant du gouvernement. Ainsi, les dépenses publiques projetées atteignent 32 millions (chiffre maintenant ramené à 26 millions) en 1966 et à 48 millions en 1971. Les dépenses affectées à la santé publique comprennent les dépenses projetées en recherches intérieures effectuées par le gouvernement fédéral.

[3] Nous n'avons pas de chiffre qui permettent de projeter les investissements nécessaires à l'expansion de la recherche intérieure assurée par le gouvernement fédéral ou les gouvernements provinciaux. L'omission de ces dépenses ne compte pas beaucoup dans les estimations générales que nous présentons ici.

et du personnel destinés à assurer la formation du personnel sanitaire fournira aussi les installations et le personnel nécessaires à l'expansion du programme de recherches sanitaires du Canada.

Dans le volume I de notre rapport, nous limitons la projection des dépenses aux années 1966 et 1971 et indiquons que les dépenses totales en construction d'hôpitaux (y compris les hôpitaux d'enseignement), d'écoles de médecine et d'écoles d'art dentaire atteindront 159 et 204 millions[1]: 144 millions pour les hôpitaux, 10 millions pour les écoles de médecine et les installations de recherche associées et 5 millions pour les écoles d'art dentaire et les installations de recherche en 1966; et 186, 10 et 8 millions en 1971.

Hôpitaux

Dans le volume I de notre rapport, nous recommandons que les dispositions de la Subvention à la construction hospitalière soient modifiées de façon à acquitter la moitié du coût des installations hospitalières destinées aux nouveaux hôpitaux universitaires ou vouées à agrandir ou à rénover les hôpitaux d'enseignement affiliés aux universités ou les services d'enseignement des hôpitaux non universitaires afin d'assurer un maximum de dix lits par finissant des écoles de médecine du Canada[2]. Nous n'avons pas cherché, cependant, à estimer la proportion de ces constructions par rapport aux nouvelles constructions hospitalières. Nous avons, cependant, tenu compte dans nos projections d'une augmentation du coût moyen des lits hospitaliers—de $18,000 au début de la décennie à $20,000 en 1966 et à $24,000 en 1971—parce que plusieurs des hôpitaux construits seront des hôpitaux d'enseignement associés à des universités et auront besoin, de ce fait, d'installations plus étendues et plus coûteuses.

Dans les vœux qu'elle a exprimés au gouvernement fédéral, l'Association des écoles de médecine a dit qu'il fallait environ 97 millions de dollars de nouvelles constructions pour fournir aux écoles de médecine des universités les installations hospitalières d'enseignement nécessaires[3]. Nous ne saurions dire si chaque projet dont elle propose la réalisation est souhaitable. Nous acceptons, cependant, sa proposition d'ordre général au sujet des installations de recherche hospitalières et nos projections des dépenses en constructions hospitalières sont suffisamment élevées pour inclure le montant en cause. Le chiffre des dépenses projetées en constructions nouvelles et de remplacement pour la période de 1966 à 1971 avoisine 900 millions, soit un montant suffisant pour répondre aux besoins de locaux hospitaliers connexes à la recherche clinique.

Écoles de médecine

Contrairement aux dépenses en constructions hospitalières, qui se rattachent avant tout à l'accroissement et à l'urbanisation accrue de la

[1] Voir volume I, chapitre 20, tableau 20-26, p. 855.
[2] Voir volume I, chapitre 2, recommandation 142, p. 72.
[3] J. A. MacFarlane et autres, *op. cit.*, chapitre 12.

population, les dépenses affectées à la construction de nouvelles écoles de médecine ainsi qu'à la réfection et à l'addition d'installations de recherches dans les écoles déjà en place ne doivent pas, d'après nos projections, s'accroître constamment. Au contraire, étant donné le programme massif dont nous recommandons la réalisation, elles culminent dans les dernières années 1960 et baissent ensuite. Les données relatives aux dépenses des années 1966 et 1971 (10 millions) n'indiquent donc qu'incomplètement les dépenses totales de période allant jusqu'à 1971. Nous n'avons pas cherché à séparer la recherche de l'enseignement dans les dépenses projetées.

La projection des dépenses en constructions nouvelles réalisées dans le cadre des écoles actuelles se fonde sur l'avis formulé à cet égard par l'Association des écoles de médecine du Canada et proposé par le Dr MacFarlane. Les dépenses affectées à ces constructions, y compris la nouvelle école de médecine de Sherbrooke, sont fixées à 93 millions[1]. Au sujet des nouvelles écoles, nous avons recommandé de construire, en plus de l'école de Sherbrooke, quatre nouvelles écoles dans la seconde moitié des années 1960[2]. Le coût de ces constructions, y compris les locaux affectés aux laboratoires et à la recherche et connexes à ces écoles, est projeté à 12 millions pour la première école et s'élève jusqu'à atteindre 14 millions pour la quatrième[3]. Les sommes projetées pour la décennie des années 1960 totaliseraient environ 144 millions.

Nous estimons, en outre, qu'il se sera dépensé, au début de 1966, environ 32 millions en constructions. En 1966, il s'en dépensera une autre tranche de 10 millions. Le programme de construction s'accélérant, il se dépensera 25.3 millions en moyenne en 1967 à 1969; les dépenses baisseront à environ 16 millions en 1970 et à 10 millions en 1971, dernière année du programme[4].

Écoles d'art dentaire

Nous n'avons pas estimé séparément la proportion des investissements consacrés à la construction de nouvelles écoles ou à l'expansion des écoles existantes qui tiendrait aux installations de recherche. Le coût projeté de ces écoles semble suffisant, cependant, pour couvrir l'enseignement et la recherche.

Le nombre additionnel de places requises dans les écoles existantes et nouvelles et l'échelonnement des additions sont indiqués dans le volume I[5]. Nous prévoyons, pour 1963 à 1975, la construction de quatre nouvelles écoles et l'expansion de six écoles. Le coût de la construction d'une

---

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

[2] Voir volume I, chapitre 13, tableau 13-4, p. 529.

[3] J. A. MacFarlane et autres, *op. cit.*, chapitre 12, estiment que le coût d'une nouvelle école de médecine pourrait être de 9 à 10.5 millions. A cause du renchérissement futur de la construction et de la probabilité d'une augmentation des installations de recherche dans les écoles de médecine, le coût projeté a été porté à 12 millions, puis à 14 millions.

[4] Il faudrait modifier la répartition des dépenses pour autant que l'expansion des nouvelles installations s'accélère ou ne se termine pas dans la période de la projection.

[5] Voir volume I, chapitre 13, pp. 555 à 557.

école par inscription est estimé à environ $20,000[1]. A cause du renchérissement probable à intervenir au cours de la décennie 1961-1971, nous avons graduellement augmenté le coût jusqu'à $22,000 en 1971.

D'après ces hypothèses, les dépenses totales en installations d'ordre dentaire au cours de 1963-1971 atteindront environ 34 millions. Il s'en terminera une tranche de 8.6 millions pour 1966 et il s'en réalisera une autre de 5 millions en 1966. De 1967 à 1970, les dépenses se chiffreront par 3.2 millions en moyenne par année. En 1971, du fait du commencement de la construction des deux écoles qui doivent ouvrir leurs portes en 1975 et l'achèvement de la construction de celles qui doivent le faire en 1971, les dépenses atteindront 7.5 à 8 millions.

L'échelonnement de ces dépenses, il va de soi, est fort incertain. Une des nouvelles écoles envisagées pour les années 1970 sera certainement construite avant la décennie tandis qu'une autre ne s'agrandira peut-être qu'après 1970. Dans l'ensemble, les montants projetés semblent suffisants pour répondre aux besoins des écoles d'art dentaire en ce qui concerne la recherche. En outre, la mise en application de nos recommandations au sujet de l'établissement d'un service dentaire dans les grands hôpitaux généraux et de l'institution de centres de traitement des becs-de-lièvre assurera des installations de recherche clinique dans les hôpitaux d'enseignement[2].

RECHERCHE ET QUALITÉ DES SOINS DE SANTÉ

On connaît bien les découvertes amenées par la recherche scientifique et, surtout, la recherche effectuée dans les domaines qui intéressent la vie et la santé de tous les Canadiens. Cela seul justifie de soutenir la recherche dans le domaine sanitaire. Il ne faut pas oublier, cependant, que la qualité des soins de santé, du point de vue du nombre des médecins, dentistes et autres praticiens auxquels peuvent s'adresser les Canadiens ainsi que de la qualité de leurs services, dépend aussi, en définitive, de la somme des recherches qui s'effectuent au Canada.

La formation du personnel sanitaire dépend des enseignants des universités. L'aptitude des universités à attirer et à retenir des enseignants de grande compétence dépend des installations de recherche qui s'y trouvent et de l'affectation de fonds suffisants pour financer les recherches du personnel enseignant des universités. Comme l'effectif du personnel sanitaire doit augmenter afin de répondre aux besoins des Canadiens, il faut qu'il existe aussi des laboratoires, des bibliothèques du matériel et du personnel auxiliaire qui permettrent à l'effectif des professeurs qualifiés de s'accroître.

---

[1] K. J. Paynter, *op. cit.*, chapitre 9. Paynter estime à $20,000 le prix qu'il en coûte pour assurer une place dans les écoles d'art dentaire. La Faculté d'art dentaire de l'Université de Toronto a estimé qu'il en coûterait au moins 4 millions ou $16,600 par place pour construire une école d'où pourraient sortir 60 diplômés par année, soit une école comptant un total de 240 étudiants en tout temps. *Faculté d'art dentaire de l'Université de Toronto,* mémoire présenté à la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Toronto, mai 1962, p. 1.

[2] Voir volume I, chapitre 2, recommandations 54 à 57, pp. 39 à 40.

La qualité de la médecine y gagne aussi à l'expansion de la recherche clinique. La qualité des soins de santé, qui se voit dans les traitements donnés aux malades, dépend grandement des recherches cliniques effectuées dans les hôpitaux d'enseignement des universités ou dans les hôpitaux associés aux écoles de médecine. C'est là que s'établissent, s'améliorent et se contrôlent les normes de soins. Il est donc nécessaire de développer les installations affectées à la recherche clinique et d'assurer des fonds destinés à la soutenir.

Enfin, même si les étudiants peuvent bien ne pas se lancer dans l'enseignement ou la recherche à plein temps, il leur est fort utile de participer à la recherche en sciences sanitaires parce qu'elle élargit leur esprit, augmente leur compréhension et, du fait de la discipline qu'elle enseigne, concourt à relever le niveau de leur exercice futur sous tous ses aspects. Il saute aux yeux que l'expérience et l'étude de la recherche scientifique doivent à tout prix intervenir très tôt dans la formation des étudiants qui veulent consacrer leur vie à la recherche fondamentale ou à l'étude des troubles du corps et de l'esprit.

Les universités sont le foyer de la recherche fondamentale et de la formation scientifique au Canada. Au stade actuel du développement du Canada, il est peu de scientistes sanitaires qui contesteraient que la recherche doive se concentrer dans ces institutions. Les universités ne sont pas seulement les gardiennes et les dispensatrices du savoir; elles sont la source de savoir nouveau. La liaison entre transmission et avancement du savoir doit être étroite. Il faut qu'il y ait un juste équilibre dans l'enseignement des sciences sanitaires, c'est-à-dire qu'il mette l'accent qui s'impose et sur la recherche et sur la formation du personnel sanitaire.

A défaut de cela, la qualité de l'œuvre des praticiens et le chiffre des effectifs qui s'occupent de soigner les Canadiens s'en trouveront réduits. Afin d'éviter un tel état de choses, il faut qu'il y ait des fonds suffisants pour assurer les installations et les finances nécessaires et, ainsi, attirer de jeunes Canadiens vers la recherche sanitaire et empêcher nos chercheurs éminents d'aller ailleurs faute de moyens dans leur pays. Nos recommandations entendent assurer que la qualité des soins de santé donnés aux Canadiens, dans la mesure où elle dépend de la recherche sanitaire, continue de s'améliorer. Il faut, à cette fin, voir en toute diligence à assurer les installations et les effectifs qui s'imposent.

CONSEIL DE RECHERCHE EN SCIENCES DE LA SANTÉ

Organisation

A cause de l'importance que nous attachons à la recherche sanitaire et des implications que comporte pour les diverses disciplines la recherche sanitaire connexe aux régimes de services de santé, nous recommandons dans le volume I de notre rapport d'élargir le Conseil des recherches médicales, grâce à une loi appropriée, de façon à étendre son action à tous les

domaines de la recherche sanitaire et de l'appeler dorénavant Conseil de recherche en sciences de la santé[1]. Le Conseil, ainsi réorganisé, deviendrait le principal conseiller du gouvernement fédéral pour ce qui est de la planification et du soutien de la recherche sanitaire et de la répartition des fonds affectés à la recherche; ses services plus étendus seraient accessibles aux gouvernements provinciaux, aux associations bénévoles d'action sanitaire et aux universités.

Comme une foule de disciplines nouvelles se sont ajoutées à l'équipe sanitaire traditionnelle, nous avons aussi recommandé de nommer parmi les membres du Conseil des personnes éminentes des professions sanitaires et autres[2]. Nous avons, en outre, recommandé qu'un «profane» éminent, indépendant de tout régime ou organisme de services de santé, soit nommé président du Conseil lorsqu'il s'y produira une vacance[3]. Le Conseil y gagnerait du fait non seulement que le président serait tout à fait objectif et impartial vis-à-vis des disciplines, mais aussi qu'il pourrait plaider en faveur des fonds que le Conseil estimerait nécessaires à titre de personne qui n'a aucun intérêt financier ou professionnel dans le budget qu'elle présente.

Un aspect essentiel de l'organisation du Conseil est d'assurer son indépendance des nombreux organismes, institutions et ministères qui s'occupent aujourd'hui du domaine de la santé. Le Conseil doit être indépendant pour pouvoir apprécier objectivement les programmes de santé publics ou privés, l'activité du savant ou de l'administrateur et l'œuvre des institutions sanitaires bénévoles, publiques ou autres.

Nous pouvons compter que le président et les membres du Conseil sauraient défendre leur indépendance; cependant, au lieu de se trouver sous la direction d'un ministre fédéral, le Conseil devrait rendre compte, par la voix de son président, au Comité du conseil privé pour la recherche scientifique et industrielle. Le Comité, établi en 1916 en vertu du même décret du Conseil qui a créé le Conseil national de recherches, comprend dix ministres et est particulièrement chargé de surveiller et de coordonner la recherche gouvernementale et d'établir les grandes modalités de la ligne de conduite du gouvernement en matière de dépenses affectées à la recherche et au développement. Même s'il ne doit pas y avoir de liaison organique directe entre le Conseil et le ministère de la Santé nationale, nous envisageons qu'il y aurait, dans la pratique, une étroite relation entre les deux organismes. Le Conseil devrait coopérer on ne peut plus étroitement avec tous les autres organismes de santé, surtout le Conseil de planification sanitaire du Canada, les ministres provinciaux de la Santé, les commissions de services de santé et les conseils de planification sanitaire ainsi que les associations professionnelles des praticiens du secteur sanitaire et le Bureau fédéral de la statistique. Le succès du Conseil se verra au libre échange de renseignements

---

[1] Voir volume I, chapitre 1, pp. 80-83, et surtout les recommandations 177 à 185.

[2] C'est ainsi que font aussi les *National Institutes of Health* des États-Unis et le *Medical Research Council* de Grande-Bretagne.

[3] Le directeur général du *Medical Research Council* de Grande-Bretagne, sir Harold Himsworth, est un chercheur médical, mais le président en est toujours un profane éminent.

entre tous ces organismes et aux résultats qui découleront de leurs efforts conjugués.

Enfin, nous avons recommandé que le Conseil soit autorisé à se doter d'un (ou de directeurs) de la recherche, de praticiens de la médecine, de l'art dentaire et d'autres professions et à établir les comités consultatifs techniques qui lui sont nécessaires.

Fonctions

Comme nous l'avons indiqué dans le volume I, nous envisageons—sans y limiter le mandat que nous proposons d'attribuer au Conseil—que les fonctions expresses du Conseil seraient les suivantes:

1. Assurer l'administration des subventions aux recherches en sciences sanitaires;
2. Effectuer et subventionner des recherches portant sur la médecine, l'art dentaire, la biologie et les sciences connexes, des recherches fondamentales sur les médicaments, l'hygiène publique et toutes autres recherches scientifiques, y compris des recherches en sciences sociales intéressant la santé et la publication du résultat des recherches;
3. Effectuer et subventionner des recherches sur l'alcoolisme et la narcomanie, y compris des recherches d'ordre psychologique et social;
4. Assurer un nombre accru de bourses de recherches, de bourses d'associé et assistant de recherches dans les écoles universitaires de médecine, d'art dentaire, de pharmacie et d'hygiène publique et les écoles d'infirmières universitaires;
5. Soutenir les recherches sur les moyens de former et d'utiliser au mieux les travailleurs sanitaires;
6. Participer à l'établissement et au maintien d'une statistique permanente de la santé au Canada, y compris un Index de la santé dentaire et des études spéciales destinées à faire le point des problèmes et des tendances d'ordre sanitaire;
7. Établir des projections à moyen et à long terme des besoins du Canada en fait de personnel, d'installations, de recherches et d'organisation dans le domaine de la santé pour le compte du Conseil de planification sanitaire du Canada;
8. Évaluer la recherche intérieure effectuée par les ministères fédéraux dans le domaine de la médecine et des sciences connexes;
9. Effectuer ou subventionner des études destinées à évaluer l'efficacité des divers éléments du Régime de services de santé en vue d'améliorer la qualité des soins de santé des Canadiens.

La plupart de ces fonctions n'appellent pas d'autres observations, mais quelques-unes exigent des explications.

En premier lieu, nos recommandations au sujet du soutien de la recherche sanitaire indiquent que le Conseil devrait effectuer et subven-

tionner des recherches intéressant les sciences médicales, dentaires, biologiques et autres sciences connexes, des recherches fondamentales sur les médicaments et sur l'hygiène publique et d'autres recherches scientifiques, y compris des recherches portant sur les sciences sociales connexes à la santé. Nous n'envisageons pas, cependant, que le Conseil effectue dans l'immédiat des recherches à lui dans le domaine de la médecine, de l'art dentaire et de la pharmacie[1]. La pénurie de personnel qualifié est si grande qu'il faut répondre aux besoins des universités avant de mettre sur pied un institut de santé. Une fois que les écoles nouvelles et agrandies de médecine et d'art dentaire seront bien dotées en personnel, le Conseil pourra aviser à l'opportunité d'établir un institut national de santé. Cela ne signifie pas qu'il ne doive s'effectuer des recherches d'ordre médical, dentaire ou pharmaceutique à l'échelon fédéral. Les ministères fédéraux, tels que la Santé nationale et le Bien-être social, qui effectuent déjà des recherches continueront d'en faire et le Conseil de recherche en sciences de la santé participera à leur œuvre en évaluant les recherches intérieures de ces ministères.

En deuxième lieu, même si le Conseil est manifestement en mesure d'exercer ses fonctions dans le domaine de la recherche médicale, dentaire et pharmaceutique, il n'en sera peut-être pas de même avant quelque temps dans celui des sciences du comportement.

L'extension des fonctions du Conseil des recherches médicales à la recherche sanitaire doit l'amener à effectuer ou à soutenir des recherches portant sur l'étendue de la maladie et la mesure de la bonne santé, sur les aspects sociaux de la santé et de la maladie, sur leurs résonances économiques et, en particulier, sur l'évaluation des services et des régimes de santé. Cette évaluation doit devenir partie intégrante du Régime des services de santé et de tous ses éléments afin d'assurer et de maintenir la haute qualité des services rendus à la population. Le Conseil devrait aviser à effectuer lui-même une partie de ses recherches dans ces domaines et il lui faudra, par conséquent, du personnel recruté dans une foule de domaines—médecine, art dentaire, psychiatrie, psychologie, sociologie, soins infirmiers, économique, statistique et mathématiques et autres—domaines où il faudra du personnel formé à l'évaluation de la recherche. Les méthodes d'évaluation ne sont pas celles du laboratoire de sciences fondamentales; ce sont des méthodes qui se sont établies surtout dans le domaine des sciences du comportement. Ainsi, par exemple, l'évaluation des effets exercés sur la population par un programme particulier d'enseignement de l'hygiène exigerait le concours du sociologue, mais, pour déterminer, mettons, les répercussions du Régime national d'assurance-hospitalisation sur les normes hospitalières et sur l'utilisation qui est faite des hôpitaux, il faudrait faire appel au savoir et au sens de la recherche d'un médecin, d'un économiste et d'un sociologue. Avec le temps, le Conseil pourrait trouver dans ses effectifs les compétences nécessaires pour effectuer ces recherches, mais, afin de faciliter

[1] Bien qu'il soit difficile de classer la recherche en hygiène publique parmi les recherches médicales ou les recherches sociales, nous croyons que le Conseil devrait au début se limiter à ces dernières.

ses travaux, le Conseil devrait subventionner des gens ou des groupes de gens qualifiés de l'extérieur qui s'occuperaient de recherches particulières dans une université ou dans quelque autre milieu. Il faudrait aussi instituer un programme de bourses de recherches afin de former des effectifs idoines[1].

En troisième lieu, le Conseil, qui constituera une partie essentielle du futur organisme de santé, doit être chargé dans une grande mesure d'assurer l'échange de renseignements entre les divers organismes de santé. Parmi les renseignements indispensables à la recherche scientifique et à la recherche opérationnelle, nous avons mis à part un domaine particulier, celui de la statistique. C'est un domaine qui nous paraît très négligé au Canada[2]; dans le chapitre qui suit, nous exposons nos vues au sujet de l'adoption d'une approche systématique et coordonnée du problème de la statistique de la santé au Canada.

Le Conseil devra aussi établir ou faire établir des projections à moyen et à long terme des besoins du Canada en fait de personnel, d'installations, de recherches et d'organisation pour le compte du Conseil de la planification sanitaire du Canada. Pour établir ces projections, le Conseil pourra compter sur le concours du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, des conseils provinciaux de planification sanitaire et des commissions de services de santé, mais c'est le Conseil de recherche en sciences de la santé qui doit déterminer les besoins d'ensemble du pays car c'est lui qui aurait seul accès à toutes les données disponibles.

Dons privés à la recherche sanitaire

Nous avons déjà indiqué les sources des fonds accessibles au Conseil de recherche en sciences de la santé pour l'exercice de ses activités[3]. Grâce aux fonds accrus provenant de la Subvention du Conseil des recherches médicales, aux subventions à la recherche extérieure de divers organismes publics accordées actuellement par le canal du Conseil de recherche en sciences de la santé et aux fonds provenant des budgets d'administration des régimes de services de santé, le Conseil aurait les ressources financières nécessaires pour s'acquitter de ses responsabilités.

En plus de ces sources officielles, nous avons aussi recommadé que le Conseil soit autorisé à détenir et à dépenser des fonds reçus d'autres sources (particuliers, sociétés ou fondations, etc.[4]).

Nous envisageons dans ce domaine une loi semblable à celle qui régit le Conseil des Arts du Canada et du fait de laquelle il peut «acquérir des sommes d'argent, valeurs ou autres biens par don, legs ou autrement et peut . . . dépenser ou administrer des sommes d'argent, valeurs ou autres biens de ce genre ou en disposer, le tout sous réserve des conditions, le cas échéant, auxquelles ces sommes d'argent, valeurs ou autres biens ont été donnés, légués ou autrement rendus accessibles au Conseil[5]».

---

[1] Il faudrait encourager la publication du résultat des recherches valables.

[2] Voir volume I, chapitre 2, recommandation 184, p. 83 et recommandations 186 à 189, pp. 84 et 85.

[3] Voir p. 120.

[4] Voir volume I, chapitre 2, recommandation 178, p. 82.

[5] Statuts du Canada, 5-6 Élisabeth II, chapitre 3, loi sur le Conseil des Arts du Canada.

Les dons au Conseil comprennent les catégories suivantes: 1° *don inconditionnel,* dont le capital et le revenu peuvent se dépenser à la discrétion du conseil; 2° *don conditionnel quant au capital,* dont le capital doit demeurer intact, tout en étant réuni, pour fins de placement, au capital de la Caisse de dotation, et dont le revenu peut se dépenser à discrétion; 3° *don conditionnel quant à la destination* qui spécifie l'art ou la discipline scolaire auxquels les fonds peuvent s'affecter; et 4° *don conditionnel quant à l'identité du fonds* qui spécifie que le produit peut s'attribuer sous le nom du donateur ou d'une autre personne de son choix[1].

Notre recommandation 178 implique que le Conseil de recherche en sciences de la santé doit supporter les frais d'administration des donations et legs; les donataires seront ainsi assurés que le plein montant de la caisse servira à la recherche. La mise en œuvre de ces mesures concourra sans doute à stimuler davantage les sociétés et les particuliers à soutenir la recherche sanitaire.

Le Conseil de recherche en sciences de la santé jouera un grand rôle dans la hiérarchisation des urgences de la recherche sanitaire. Du fait de ses responsabilités de subventionnement et grâce aux avis de ses comités consultatifs représentant toutes les sciences sanitaires, le Conseil sera forcément au courant des domaines où la recherche doit s'intensifier. La coopération des organismes de recherche est déjà réalisée dans une grande mesure grâce aux consultations officieuses qui se pratiquent entre les chercheurs des universités, des gouvernements et le personnel des organismes bénévoles qui s'occupent de ces domaines[2]. Le Conseil assurera le cadre qui permettra de coordonner la recherche future. C'est ainsi que les Canadiens pourront gagner le plus possible aux sommes qu'ils consacrent à la recherche sanitaire.

CONCLUSION

La recherche sanitaire est indispensable au progrès sanitaire. Il nous faut au Canada des recherches plus nombreuses et meilleures et un programme pleinement intégré afin de faire progresser nos connaissances et de former les chercheurs et les praticiens dont nous aurons besoin. Nous donnons donc le branle à un processus cumulatif: plus de recherches, plus de connaissances, nouveaux moyens de maintenir la santé et de combattre la maladie, services de santé améliorés et de plus haute qualité, meilleure santé, niveau de vie et de revenu croissant, lequel nous permet de consacrer une part plus grande de nos revenus à la recherche sanitaire et d'amorcer ainsi une nouvelle spirale du processus cumulatif.

Si nombreux sont les avantages du processus pour les particuliers, les professions et l'ensemble de la nation que nous ne pouvons tolérer le désordre, la léthargie ni l'improvisation dans l'établissement d'un programme

---

[1] Le Conseil des Arts du Canada, *Donations et legs au Conseil des Arts du Canada,* Ottawa, 1962, pp. 8 et 9.

[2] Voir pp. 101 à 103.

de recherches sanitaires au Canada; il nous faut, au contraire, de l'invention, de l'initiative, de la coopération et de la planification à long terme pour guider la mise sur pied d'un programme de recherches sanitaires comparable par son envergure et sa portée, mais non pas nécessairement par son étendue, aux meilleurs que mettent en œuvre d'autres pays économiquement avancés.

Nous avons des chercheurs et nous en formerons davantage. Nous avons les moyens économiques et nous établirons de plus grandes richesses encore dans l'avenir. Tout ce qu'il nous faut, c'est la volonté de mettre en route un programme de recherches sanitaires d'ensemble qui vaudra de multiples bienfaits à la population du pays.

Afin d'indiquer l'importance que nous attachons au rôle de la recherche dans un programme de soins de santé destiné aux Canadiens, nous tenons à signaler que 58 des 200 recommandations du volume I se rattache à la question de la recherche ainsi qu'à l'enseignement et à la formation des professions auxquelles sera confié la mise en œuvre au Canada d'un programme de recherches sanitaires toujours grandissant et efficace[1]. Nous formulons maintenant trois recommandations supplémentaires pour assurer que les fonds disponibles seront suffisants pour supporter l'expansion du programme de recherche dans le domaine de la santé.

La Commission recommande:

220. Que, dans la fourniture d'installations d'enseignement pour les praticiens de la santé dans les institutions de recherches, les écoles de médecine, les écoles d'art dentaire, les écoles d'hygiène publique et les écoles d'infirmières, on prévoie des bibliothèques suffisantes financées à même le Fonds de développement des installations sanitaires et la Subvention universitaire aux professions de la santé.

221. Que, dans la période 1966 à 1971, les subventions affectées par le gouvernement fédéral au budget de fonctionnement du Conseil de recherche en sciences de la santé soient progressivement augmentées de 3 millions par année.

222. Que, si des fonds provenant d'autres sources ne sont pas disponibles pour compenser la réduction de l'apport des «National Institutes of Health» à la recherche, ou si les fonds provenant des organismes bénévoles et des fondations ne suffisent pas à faire face aux besoins prévus en 1971, la différence soit comblée par une nouvelle augmentation des subventions fédérales au Conseil de recherche en sciences de la santé.

---

[1] Les mesures que nous proposons d'adopter au sujet de la construction d'installations de recherche sanitaire dans les universités et hôpitaux et au sujet de la nécessité de susciter, de former et de soutenir les chercheurs sanitaires sont énoncées dans les recommandations suivantes du volume I, chapitre 2: 2 à 6, 13, 21 à 23, 28, 80, 93, 94, 115, 128, 129, 132 à 136, 138 à 150, 152 à 159, 161 à 167, 172 à 176 et 179 à 182.

Certes, nos recommandations obligeront les gouvernements fédéral et provinciaux à faire un gros effort afin de fournir des fonds à la recherche et d'établir les installations nécessaires à la recherche et à la formation du personnel sanitaire. Les universités et le Conseil de recherche en sciences de la santé auront la charge particulièrement lourde de concevoir et d'implanter le vaste programme que nous avons exposé en participant activement et résolument à un programme de recherches sanitaires. Ces institutions, de même que les nombreuses autres que nous avons mentionnées, pourront aider à édifier une nation plus vigoureuse et concourir grandement ainsi à sa croissance, à son développement et à son bonheur futur.