5

Statistiques sur la santé

La statistique est un instrument essentiel à tous les secteurs de la recherche dans le domaine des sciences sanitaires, qu'il s'agisse de recherches d'ordre médical ou dentaire, ou de recherches relatives aux opérations. Nous réservons une étude distincte à la statistique sur la santé pour diverses raisons:

1. la négligence relative du domaine de la statistique sur la santé au cours des dernières années au Canada;
2. la pénurie résultante de données qui a entravé en maintes occasions nos propres recherches et le manque d'organisation et de coordination des statistiques existantes;
3. le besoin futur de données statistiques afin qu'on puisse évaluer les progrès que marque la santé, et l'efficacité du Régime de services de santé que la Commission a recommandé d'établir.

LA SITUATION ACTUELLE

Les sources des statistiques sur la santé, au Canada, sont aussi nombreuses et variées que le sont les organismes qui s'occupent d'assurer et d'administrer des services de santé et qui effectuent des recherches en matière de santé. On peut trouver des statistiques dans des documents et rapports scientifiques portant sur des études spéciales, mais la plupart des données sont le produit second de régimes administrés par des organismes publics ou privés. Ainsi, il existe des statistiques établies par des régimes de paiement par anticipation des organismes bénévoles, des services municipaux et des ministères provincaux de la Santé ainsi que des organismes d'assurance-hospitalisation. Il existe aussi des statistiques sur la santé grâce à certains programmes de bien-être social connexes à des problèmes de santé, comme les allocations aux invalides et aux aveugles; c'est la même chose pour l'enregistrement des naissances, des mariages et des décès qui constitue la source des statistiques de l'état civil. Les médecins et les infirmières de la santé publique et de l'industrie établissent aussi des dossiers. C'est ainsi que les médecins, les hôpitaux, les centres sanitaires, les écoles, les établissements industriels, les régimes d'assurance médicale et hospitalière et les ministères

de la Santé des divers gouvernements possèdent tous des statistiques sur un aspect ou l'autre de la santé.

Malgré la masse des statistiques que l'on recueille sur la santé, nous avons découvert des insuffisances graves. Il existe des lacunes. Par contre, il y a doublement dans certains domaines comme celui de la statistique hospitalière (y compris la statistique sur la morbidité hospitalière) et l'enregistrement des maladies à déclaration obligatoire. En outre, on constate que l'analyse des statistiques sur la santé, en ce qui concerne l'évaluation des besoins de la collectivité et le succès avec lequel les services et régimes de santé y répondent, accuse un retard considérable sur la collecte des données.

Le manque de statistiques satisfaisantes est manifeste dans tous les secteurs importants du domaine de la santé, c'est-à-dire en ce qui a trait à l'identification et à l'évaluation des problèmes de santé, à l'évaluation quantitative des effectifs et des installations sanitaires ainsi que de leur affectation et à l'étude de l'économie sanitaire. Même si nous notons de nombreuses insuffisances, il faut dire que de nombreux organismes accomplissent un travail de première valeur dans certains de ces secteurs. Certaines provinces ont contribué largement aux connaissances que nous avons acquises sur les problèmes actuels, grâce à leurs statistiques qui étaient à point et précises[1]. On pourrait dire la même chose des régimes médicaux de paiement par anticipation[2] ainsi que du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social et du Bureau fédéral de la statistique.

Toutefois, comme nous nous intéressions aux problèmes de santé de la population canadienne dans son ensemble, nous avions surtout besoin de statistiques nationales et de données indiquant les variations importantes entre les diverses régions et les diverses provinces. Il nous a été difficile et parfois impossible de les obtenir. En outre, dans bon nombre de cas, il nous a été impossible d'obtenir des données qui nous auraient permis d'en arriver à une évaluation significative des effets des régimes de santé.

Dans le volume I de notre rapport, nous avons fait remarquer les retards qui se produisent dans la publication de certaines statistiques[3]. Il s'agit surtout d'un problème administratif, mais il restreint l'utilité des données. Nous avons cité l'exemple de nos statistiques nationales sur les hôpitaux, dont certaines dataient de trois ou quatre années au moment de leur publication.

L'Enquête de 1950-1951 sur la maladie au Canada est un autre exemple des déficiences administratives qui restreignent la valeur de grands travaux. C'est la seule tentative encore qu'on ait faite au Canada en vue

---

[1] Dans le volume I, par exemple, nous avons utilisé des données de la *Manitoba Cancer Treatment and Research Foundation* pour montrer les relations entre l'incidence du cancer et la mortalité due au cancer; le ministère des Services de santé et de l'Assurance-hospitalisation de la Colombie-Britannique a fourni des données sur les causes des maladies des adultes et sur l'incidence de la carie permanente des dents par enfant dans la province; et le Régime de services hospitaliers de la Saskatchewan a fourni des données sur le taux des hospitalisations dues à diverses maladies.

[2] La Commission a été très heureuse d'avoir eu accès aux dossiers des *Physicians' Services Incorporated,* des Services médicaux du Manitoba et des *Medical Services Incorporated.*

[3] Voir volume I, chapitre 8, p. 330.

d'obtenir une évaluation statistique complète de l'état de santé du pays. La collecte des données s'est terminée en 1951 et les services intéressés ont mis 11 ans à produire un rapport définitif; en outre, malgré cette longue période, on n'a pu utiliser une bonne partie des renseignements recueillis faute des ressources nécessaires pour les exploiter. On n'a pas non plus bien évalué les méthodes de l'enquête. Bien qu'il se soit agi d'une entreprise d'importance nationale et de grand intérêt pour d'autres pays, on ne s'est pas assez appliqué à assurer les ressources en personnel et en matériel technique nécessaires pour bénéficier au maximum des dix enquêtes provinciales dont l'Enquête était constituée.

Il y a eu d'autres enquêtes au cours desquelles on a recueilli un grand nombre de données qu'on n'a jamais étudiées et dont les résultats n'ont pas été publiés[1]. Aussi pourrait-on donc considérer un signe de progrès de n'entreprendre aucune autre étude statistique de grande envergure. En fait, on a mis fin à certaines statistiques permanentes au lieu de les améliorer. On a cessé, par exemple, de recueillir des statistiques sur les soins infirmiers à domicile, dont on aurait pu se servir pour effectuer une étude complète des services de soins à domicile, juste au moment où la Commission et probablement d'autres organismes également avaient un urgent besoin de données statistiques pour faire le bilan des services de soins à domicile. De même le Bureau fédéral de la statistique a cessé une statistique sur la maladie dans la fonction publique[2]. Cette statistique comportait peut-être certaines déficiences[3], dont quelques-unes auraient probablement pu être corrigées, mais elle représentait la seule étude sur la maladie en général au sein d'un groupe de quelque 140,000 personnes. La statistique relative à ce groupe revêt une importance considérable pour l'élaboration de programmes, surtout dans le domaine de l'hygiène industrielle, c'est-à-dire la santé de la population active. Elle offrait une occasion d'étudier les différences de morbidité chez divers groupes de gens selon l'âge, le sexe, le genre de travail (travail physique, s'adonnant à un travail sédentaire, monotone, etc.). Comme des groupes importants de fonctionnaires fédéraux travaillent dans chacune des régions du Canada, la statistique permettait aussi d'étudier les différences entre les diverses régions (quant à l'évolution d'une épidémie, par exemple). Néanmoins, on a cessé cette statistique faute de motifs ou des ressources nécessaires pour l'améliorer ou pour ces deux raisons à la fois. Si telle est la règle d'un organisme dont l'obligation statutaire est d'établir de bonnes statistiques sur la santé, on ne saurait blâmer les régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux ou d'autres organismes d'assurance de n'utiliser leurs dossiers que pour des études se rattachant directement à leur activité quotidienne.

---

[1] Tel est le cas, par exemple, d'une enquête effectuée au Manitoba sur les cas de maternité, de l'enquête sur la santé dans East York (étude pilote préalable à l'Enquête sur la maladie au Canada) et d'une étude sur la taille et le poids des écoliers de Toronto.

[2] Abandonnée après la publication du rapport de 1962.

[3] Elle porte sur une population choisie et se limite aux congés de maladie constatée par le médecin (c'est-à-dire, en général, d'une durée de plus de trois jours).

Nous avons déjà mentionné que les statistiques sur la mortalité, basées sur les certificats de décès établis par les médecins, constituent l'indicateur le plus sûr de l'état de santé et surtout des tendances historiques[1]. Néanmoins, pour donner une idée adéquate des problèmes de santé, ces statistiques nécessitent une analyse plus appropriée. Elles doivent tenir compte du fait que, chez les personnes âgées et celles qui sont atteintes de maladies chroniques, il peut arriver que plus d'une affection contribue à leur décès et non pas seulement une «cause sous-jacente» que l'on choisit parfois d'après des critères plutôt arbitraires. Malgré certaines améliorations, les statistiques sur la santé mentale ne sont pas encore assez au point pour fournir «assez de renseignements sûrs pour la recherche, l'évaluation ou la planification[2]». Les statistiques sur la tuberculose pourraient y gagner si l'on y ajoutait des données sur la gravité, vu que la mortalité, les admissions dans les institutions et même l'incidence des nouveaux cas ne suffisent plus pour expliquer tous les aspects du problème. Enfin, la valeur des statistiques d'ordre historique sur la population active était tellement limitée qu'on n'a pu prendre de décisions importantes quant à l'expansion des établissements de formation des médecins, des dentistes, des infirmières et des autres praticiens sanitaires avant que la Commission elle-même n'ait pris les dispositions nécessaires pour faire entreprendre des études poussées dans ce domaine.

Certaines statistiques se sont améliorées au cours des dernières années. La statistique des hôpitaux s'est améliorée depuis l'implantation du Régime d'assurance-hospitalisation; l'amélioration est largement attribuable à l'activité du Comité consultatif de l'assurance-hospitalisation et des services diagnostiques ainsi qu'à l'expérimentation qu'a faite le Bureau fédéral de la statistique des indicateurs hospitaliers calculés électroniquement. On a publié certaines données nationales ou quasi nationales sur la morbidité dans les hôpitaux, mais il manque encore dans ce domaine beaucoup de coordination et il est difficile de comparer les différentes statistiques. Même s'il est partout question du coût croissant de l'hospitalisation et de l'établissement possible de mesures de contrôle, nous ne disposons encore d'aucune donnée adéquate pouvant indiquer si l'on fait un usage abusif ou peut-être insuffisant des installations hospitalières. On ne dispose que de statistiques très limitées sur des méthodes de soins de santé qui ne font qu'apparaître encore mais qui prennent une importance grandissante, comme l'exercice de la médecine en groupe, les programmes de soins à domicile ou les services de réadaptation.

Au cours de la dernière décennie, on n'a pas toujours accordé au besoin de statistiques dans le domaine de la santé une importance secondaire, comme on serait porté à le croire. Lorsque l'expansion des services modernes de santé publique a exigé des données statistiques sur l'incidence

---

[1] Voir volume I, chapitre 5, p. 143.

[2] A. Richman, *Les soins psychiatriques au Canada; étendue et résultats*, étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, chapitre 2. Ottawa, Imprimeur de la Reine. (*Sous presse.*)

de certaines maladies, on a pris les mesures qui s'imposaient logiquement: on a dressé une liste des maladies en question et, grâce à un accord entre les ministères de la Santé des gouvernements fédéral et provinciaux et avec la collaboration de la profession médicale, on a institué un système de déclaration. On a revisé la liste des maladies à plusieurs reprises afin de tenir compte des besoins changeants. Lorsque les maladies vénériennes ont commencé à représenter un problème de santé important, durant et après la deuxième Guerre mondiale, on a établi un système spécial de déclaration pour aider au traitement, à la surveillance et au dépistage des maladies, ainsi qu'à l'étude statistique des tendances. Aucun effort semblable n'a encore été entrepris afin de remédier de la même façon aux nouveaux problèmes de santé que posent certaines maladies chroniques, y compris les affections mentales, les accidents, les infirmités physiques et mentales, tant congénitales qu'acquises, les troubles dentaires et autres. On parle beaucoup du besoin d'insister davantage sur la santé positive, l'aptitude physique et la prévention de la maladie, mais on a très peu tenté de définir et quantifier la bonne santé plutôt que la mauvaise santé dont la maladie est la manifestation.

Certaines sinon la totalité des entreprises et les séries de statistiques existantes et permanentes sont insuffisantes parce qu'on ne dispose pas de bonnes machines pour les évaluer. Les données recueillies par les divers praticiens et organismes de santé ne sont pas pleinement utilisées en vue de l'étude des problèmes de santé au sein de la collectivité. On ne recueille pas toujours des données en songeant à exploiter toutes les possibilités du matériel moderne d'enregistrement et de traitement. Cette lacune est partiellement attribuable au régime fédéral du Canada, qui permet l'établissement, sur le plan provincial, de programmes et d'organismes tant privés que gouvernementaux. Elle tient aussi à ce qu'on pourrait seulement décrire comme un conflit de compétence entre les deux organismes fédéraux chargés de la statistique sur la santé: le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social et le Bureau fédéral de la statistique. La Commission royale d'enquête sur l'organisation du gouvernement[1] avait d'ailleurs noté ce fait. Cette situation, que nous étudions par le menu plus loin dans le présent chapitre, a empêché le gouvernement fédéral d'accomplir tout ce qu'il pouvait faire dans ce domaine.

AMÉLIORATION DES STATISTIQUES SUR LA SANTÉ

Si l'on veut que la statistique sur la santé réponde aux besoins des Canadiens, il faut l'améliorer. On doit corriger ses déficiences, réduire le chevauchement le plus possible et au plus tôt, analyser les statistiques re-

[1] *Commission royale d'enquête sur l'organisation du gouvernement*, volume 3, chapitre 3, pp. 50 à 52. Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1963.

cueillies, en publier les résultats et abandonner les statistiques désuètes[1]. On ne saurait obtenir ce résultat qu'en procédant à une nouvelle évaluation complète de ce qu'on fait à l'heure actuelle et en établissant un organisme chargé de veiller à ce que le système s'améliore dans l'avenir. Nous examinerons donc deux secteurs précis que comportera le futur système de statistiques sur la santé: tout d'abord, le genre de statistiques qu'il faut recueillir et l'analyse qu'elles doivent subir et, deuxièmement, l'organisation nécessaire.

Besoins futurs dans le domaine de la statistique

Pour élaborer un système de statistiques sur la santé et en déterminer les éléments constituants, il faut d'abord reconnaître que les problèmes de santé sont devenus beaucoup plus complexes qu'ils ne l'étaient lorsqu'ont pris naissance la plupart des séries actuelles. Lorsque les maladies aiguës et parfois transmissibles et pouvant provoquer une épidémie constituaient les principaux problèmes de santé, la statistique de nombre de cas et de leur répartition représentait une bonne partie des données nécessaires à l'étude et à l'enrayement de ces maladies. La situation est différente aujourd'hui en ce qui concerne bon nombre de problèmes de santé. Le début des maladies chroniques est subtil et insidieux; elles sont longues et il est parfois difficile de prédire quelle en sera l'issue.

Les nouveaux dangers du milieu, qui sont créés par l'homme lui-même, sont également complexes et l'on en connaît très peu les effets sur la santé. Il faut souvent beaucoup de temps, parfois des générations, avant que se manifestent les effets nocifs des radiations, de la pollution de l'air, des substances carcinogènes. Nous supposons arbitrairement que la vieillesse commence à l'âge de 60 à 65 ans, mais c'est une simplification grossière qui tend à atténuer le fait que bon nombre d'affections chroniques qui caractérisent un groupe d'âge plus avancé commencent à se manifester de nombreuses années avant le début de la vieillesse définie ci-dessus. Pour étudier l'étiologie et l'épidémiologie de ces maladies et des facteurs ambiants, nous avons besoin non seulement de la statistique des cas, mais aussi d'études longitudinales.

On devrait étudier à cet égard les fichiers des cas en vue de les exploiter davantage. On utilise déjà des fichiers de ce genre pour le dépistage, le traitement et le contrôle de la tuberculose, du cancer, des maladies mentales ainsi que des infirmités physiques ou mentales. L'intégration et l'expansion des fichiers actuels non seulement aideront au traitement de ces états, mais fourniront aussi des statistiques utiles sur l'incidence, la gravité et l'évolution des maladies en cause.

Un autre domaine où les données statistiques sont limitées et où de nouveaux travaux pourraient être entrepris, c'est au niveau de l'individu et

[1] Avant de rejeter des séries qui ne sont plus utiles dans leur forme actuelle, il faudrait voir si l'on ne pourrait les améliorer, ce qui permettrait d'utiliser les méthodes établies pour recueillir et consigner les données. Il est souvent très difficile et long d'établir de nouvelles méthodes d'enregistrement ou de déclaration, surtout lorsque diverses compétences sont en cause.

de la famille; il faudrait déterminer non seulement les besoins sanitaires insatisfaits à ce palier, mais aussi dans quelle mesure les individus et les familles reçoivent divers services, élément qu'on ne peut évaluer qu'à l'endroit même où se donnent vraiment ces services. Dans ce cas, on peut obtenir des données grâce à des entrevues accordées à des ménages et à l'analyse des caractéristiques sociales, démographiques et économiques des individus en cause. Aux États-Unis, on effectue une enquête de ce genre de façon permanente, mais on n'a encore rien fait au Canada à ce sujet depuis l'Enquête de 1951 sur la maladie.

Un programme de grande envergure ne sera peut-être pas nécessaire après l'institution d'un Régime universel de services de santé, mais des programmes de faible portée continueront à servir des fins bien précises. Avec l'abolition des barrières financières qui font obstacle aux services de santé, les dossiers des divers programmes refléteraient les problèmes de santé de la population en général de façon bien plus exacte que lorsque seuls certains groupes de la population pouvaient jouir de ces services. Grâce aux dossiers des régimes d'assurance médicale et à ceux des hôpitaux, les données sur la morbidité parviendront à donner de la morbidité en général une image bien plus complète que celle que les seuls dossiers d'hôpitaux peuvent aujourd'hui nous donner. En outre, ces données s'appuieront sur le diagnostic d'un médecin et non sur les dires des individus comme c'est le cas dans les enquêtes faites auprès des ménages. Les méthodes modernes de traitement des données peuvent grandement faciliter cette analyse si l'on confectionne bien les dossiers à exploiter[1]. L'utilisation de numéros de sécurité sociale ou d'enregistrement des naissances peut augmenter la possibilité de rattacher les dossiers sur la santé à d'autres programmes d'assurance sociale et au recensement.

Bien que dans le cadre d'un Régime des services de santé certaines collectes de renseignements remplaceraient les enquêtes de masse comme l'Enquête sur la maladie au Canada ou l'Enquête par entrevue sur la santé aux États-Unis, les sondages auprès des ménages, des familles ou des individus ne disparaîtraient sûrement pas tous à la fois des programmes de statistiques sur la santé, car ils demeureraient les seules sources de certains renseignements (attitude, caractéristiques sociales, etc.). Nul doute qu'on aura davantage recours à l'échantillonnage pour les analyses statistiques courantes, mais particulièrement pour un nombre croissant d'études particulières.

L'échantillonnage est un moyen efficace d'exploiter une grande masse de données comme celles qui résulteront du fonctionnement des régimes de services de santé. Il constitue aussi la base du choix scientifique d'échantillons au sein d'un grand univers, d'où l'on peut obtenir des données représentatives sur certains points précis. Cet univers peut être constitué d'individus

[1] Il s'agit de l'œuvre accomplie au Canada par H. B. Newcombe, en collaboration avec la Direction de la biologie de l'*Atomic Energy of Canada, Ltd.*, par la Section de la statistique de l'état civil, du Bureau fédéral de la statistique, et par la Division de la statistique de l'état civil du ministère des Services de santé et de l'Assurance-hospitalisation de la Colombie-Britannique.

ou de familles dont il faudrait découvrir les habitudes ou les caractéristiques. Nous avons peu de connaissances, par exemple, sur certains problèmes reliés à la santé tels que la situation alimentaire des Canadiens, leurs habitudes de fumer et de boire, leurs activités d'ordre récréatif reliées à leur santé physique et mentale, leurs défauts de santé d'ordre symptomatique et asymptomatique qui ne sont pas portés à l'attention du médecin, pour ne mentionner que quelques-uns de ces problèmes. Les plans des échantillons actuels comme celui de l'Enquête sur la main-d'œuvre peuvent servir avantageusement au choix d'autres échantillons de population.

On utilise déjà des techniques d'échantillonnage dans l'observation de certains aspects du milieu, comme les radiations, la pollution de l'air ou des eaux. Les techniques d'échantillonnage serviront graduellement à recueillir une foule de statistiques sur d'autres facteurs du milieu.

Lorsqu'on décide des données à recueillir dans le domaine de la santé, qu'elles soient anciennes ou nouvelles, on doit tenir compte du but qu'elles doivent servir et de leur place dans un cadre intégré. Ce but peut être la recherche médicale ou dentaire; l'évaluation de l'état de santé de la population canadienne; l'identification des problèmes de santé et de leurs tendances; ou l'administration, la planification et l'évaluation des services de santé. En outre, dans la mesure du possible, les données recueillies à une fin devraient revêtir une forme qui les fasse servir aussi à d'autres fins. Par exemple, un hôpital a besoin, pour fins d'administration, de statistiques sur le nombre de jours d'hospitalisation. Ces statistiques devraient revêtir une forme qui permette aussi d'évaluer l'efficacité des soins accordés dans les hôpitaux.

Voilà pourquoi les statistiques doivent être recueillies selon un système permettant d'établir des comparaisons entre les institutions, les régions et même les pays. On doit les recueillir en se fondant sur des principes de terminologie, des concepts et des classifications communément acceptés. Pour qu'on puisse comparer l'hôpital A à l'hôpital B, les statistiques afférentes aux deux institutions doivent se fonder sur des dossiers et des méthodes comparables. Pour comparer des malades traités en hôpital à d'autres malades atteints de la même affection et traités à l'extérieur des hôpitaux, il faut utiliser une classification uniforme des maladies, ainsi que des classifications uniformes concernant les caractéristiques sociales et démographiques des malades.

De même, si l'on veut pouvoir identifier les problèmes de santé, les statistiques doivent permettre d'établir des comparaisons dans l'espace et dans le temps. Une maladie devient un problème lorsque la mortalité ou l'incidence sont plus élevées aujourd'hui qu'elles ne l'étaient dans le passé, lorsqu'elles sont plus élevées pour un certain groupe d'âge par rapport à un autre, dans une partie du pays par rapport à une autre, ou lorsqu'elles sont plus élevées que dans le cas d'autres maladies. Il est tout aussi important qu'on puisse comparer les statistiques canadiennes à celles des autres pays: l'incidence différente des maladies dans divers pays peut fournir des renseignements importants pour l'étude de l'épidémiologie et de

l'étiologie des maladies; nos statistiques établissent la situation de notre pays par rapport à celle des autres pays; enfin, on peut parfois utiliser les statistiques d'autres pays pour combler certaines lacunes de nos propres statistiques. Pour toutes ces raisons, l'œuvre des organismes internationaux, particulièrement celle de l'Organisation mondiale de la santé, est importante pour l'établissement de normes, de définitions, de classifications et d'une terminologie uniformes. C'est une œuvre dont l'utilité ne se limite pas aux comparaisons entre les divers pays. Les organismes nationaux reconnaissent beaucoup aujourd'hui l'œuvre des comités de spécialistes de l'Organisation mondiale de la santé. Dans le passé, le Canada y a fourni un apport considérable.

Si l'on veut que les praticiens et les institutions du secteur de la santé qui recueillent des statistiques sur la santé fournissent les données appropriées et que les organismes de statistiques et autres recueillent, traitent, analysent et publient ces données assez rapidement pour que ces données aient une certaine valeur, il faut assurer les ressources, financières et de personnel, nécessaires. Nous avons pourvu au coût de ces travaux dans les frais administratifs des diverses caisses de santé et nous avons prévu la formation du personnel compétent par l'entremise du Conseil de recherche en sciences de la santé.

Les difficultés que pose l'établissement de la statistique des hôpitaux font voir certains de ces problèmes, particulièrement en ce qui a trait au retard de la publication des données:

a) Les organismes chargés de recueillir les statistiques doivent attendre assez longtemps avant de recevoir les rapports de quelque 1,200 hôpitaux situés dans toutes les parties du Canada. Les petits hôpitaux au personnel administratif limité éprouvent des difficultés à remplir les rapports requis; certaines institutions, comme de nombreuses maisons commerciales, ne peuvent se rendre compte du besoin ou de l'urgence de leur rapport. Une solution possible consisterait à rendre plus stricte la procédure administrative. Mais il faudrait aussi déterminer si les petits hôpitaux peuvent raisonnablement remplir les rapports ordinaires exigés aux termes de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques. On pourrait peut-être adopter des dispositions administratives plus efficaces au bénéfice de groupes de petits hôpitaux ou bien, dans le cadre de la relance des rapports en retard, l'organisme chargé de recueillir les données pourrait aider les institutions à remplir leurs rapports.
b) Le traitement des données comporte du travail de bureau et des opérations mécaniques. Le travail de bureau exige un effectif suffisant de personnel qualifié et les opérations mécaniques exigent également du personnel aussi bien que de l'équipement et des installations. Il faut que, dans les deux cas, les ressources suffisent pour qu'on procède sans retard à l'analyse courante de la statistique aussi bien qu'à l'exécution de tous les travaux spéciaux qui peuvent être entrepris à l'occasion.

c) Les besoins de personnel dont nous venons de parler s'appliquent également à l'étape ultérieure, celle de la totalisation et de l'analyse.
d) Des opérations dites de service, comme la dactylographie, la traduction, la révision, la correction des épreuves et l'impression occasionnent des retards dans la production de la statistique. Souvent, à cause de l'insuffisance du personnel, un conflit de priorités s'établit entre les travaux relatifs à la statistique sur la santé et de nombreux autres travaux. Ici encore il s'agit de recruter un effectif suffisant pour répondre à tous les besoins raisonnables. Si la statistique vaut la peine d'être recueillie—là-dessus, aucun doute n'est possible—elle doit être traitée et imprimée avec la plus grande célérité.

En un mot, la statistique actuelle de la santé doit subir de profondes transformations. Il faudra y ajouter d'importantes nouvelles séries pour combler les lacunes qui s'y sont glissées, dans une certaine mesure à cause de la plus grande complexité des problèmes et des services modernes de santé. Il importe d'évaluer soigneusement la statistique que nous possédons déjà sur la santé. Les données qui nous viennent de diverses sources doivent se prêter à la comparaison et à la coordination et doivent, par conséquent, se fonder sur des normes, des définitions et une terminologie uniformes. Il faut augmenter les ressources pour fournir des services essentiels de statistique sur la santé au Canada; il faudra régler le problème du manque de fonds et de personnel qualifié avant qu'une amélioration appréciable puisse être apportée de ce côté. Quoi qu'il en soit, la statistique est un outil et non une fin en elle-même.

Il faut aussi faire en sorte que les ressources qui lui sont affectées soient pleinement et efficacement utilisées, d'où nécessité d'organiser l'appareil futur de la statistique sur la santé.

Organisation de la statistique

Dans un pays où les programmes de santé sont du ressort de dix gouvernements provinciaux, les données requises pour évaluer les services et pour dresser une ligne de conduite aux échelons provincial et fédéral doivent être groupées en un système coordonné de statistiques sur la santé.

C'est le praticien, l'institution ou le programme qui fourniront les données initiales. Il est donc évident qu'une bonne partie de cette documentation sera accessible aux organismes provinciaux et que, dans beaucoup de cas, elle sera dépouillée par les provinces qui en dégageront des statistiques; il peut y avoir des cas où la cueillette des statistiques de la santé deviendra une entreprise conjointe fédérale-provinciale. Mais quelle que soit la formule de compilation des statistiques de la santé, il demeure que c'est au niveau provincial, en particulier aux fins de la Commission provinciale des services de santé et des conseils de planification, que le besoin immédiat de statistiques régionales se fera sentir. Les médecins, les infirmières d'hygiène publique et les infirmières visiteuses, de même que les hôpitaux, se préoccupent avant tout, bien entendu, d'assurer des soins à leurs malades. Il faut éviter de leur

imposer un surcroît de travaux d'écritures qui, à leurs yeux, pourrait paraître exagéré. Les méthodes modernes d'inscription des données, cependant, peuvent écourter appréciablement le temps consacré à la tenue de dossiers; une bonne part des données ainsi recueillies peut être traitée rapidement si la statistique de la santé dispose d'un équipement moderne.

L'application de plus en plus répandue des techniques de l'électronique au traitement de la statistique de la santé ouvre de vastes horizons nouveaux, non seulement quant à la possibilité de recueillir rapidement des données supplémentaires, mais aussi pour le groupement et la coordination de la documentation existante. Une minutieuse planification est également nécessaire pour assurer le rendement maximum par une utilisation efficace de l'équipement disponible. Quand ils le peuvent, les organismes de statistique, parce qu'ils s'y entendent bien dans la confection des documents, le groupement et le traitement des données, devraient prévoir les besoins de statistique et conseiller les administrateurs de programmes sur la nécessité et sur les moyens d'intégrer à leurs opérations un système efficace d'enregistrement des données statistiques. Les experts statisticiens ne devraient pas se contenter d'un rôle passif, mais devraient prendre l'initiative de proposer de nouvelles façons d'utiliser la statistique de la santé à des fins d'analyse et de décision.

Une province ne pourra recueillir la statistique nécessaire que dans la mesure où elle disposera des ressources voulues et pourra compter sur le concours du Bureau fédéral de la statistique. Si la statistique de la santé au Canada devait dépendre des données que les provinces qui ont le moins de ressources peuvent produire, la statistique qui en résulterait serait insuffisante pour les autres provinces et pour les organismes fédéraux. Cependant, grâce aux ressources que les régimes de services de santé rendent accessibles et grâce au concours du Bureau fédéral de la statistique pour la collecte et le traitement des données aussi bien que l'exécution d'études spéciales de sondages, toutes les provinces devraient être en mesure de produire une statistique suffisante pour répondre à la plupart des besoins.

A une époque où les problèmes de santé et les moyens d'y remédier accusent une évolution rapide et profonde, notre connaissance de ces difficultés et des services dont nous disposons pour les surmonter doit marcher de pair avec cette évolution. D'autre part, ces besoins doivent se refléter dans une statistique à la fois complète et souple. Une statistique de cette nature ne s'improvise pas. Ce n'est que par une planification soigneuse et minutieuse qu'on pourrait y arriver. Mais ce que nous voulons faire dans les pages qui suivent, c'est d'exposer dans leurs grandes lignes les objectifs et l'organisation possible d'une statistique canadienne de la santé.

STATISTIQUE CANADIENNE DE LA SANTÉ

Pourtant, les services de santé étant assurés par un personnel et par des organismes professionnels dans dix provinces différentes, il doit en résulter forcément une multiplicité de systèmes d'enregistrement. Pour qu'ils

contribuent à la réalisation des objectifs de la recherche médicale et à l'évaluation de la qualité des soins de santé, un centre de renseignements ou un organisme de coordination, comme le Conseil de recherche en sciences de la santé, devient absolument nécessaire.

Dans l'établissement et le maintien d'une statistique de la santé, le Conseil de recherche en sciences de la santé doit jouer un rôle important. Au palier provincial, les besoins statistiques sont déterminés par les conseils de planification sanitaire locaux et provinciaux. Grâce aux avis et aux directives du Conseil de recherche en sciences de la santé, il leur sera possible de s'assurer que, tout en répondant à leurs propres besoins, les organismes provinciaux et locaux produisent des données comparables à celles qu'établissent d'autres provinces. Puisque son rôle consiste à se mettre à la disposition des conseils locaux de planification sanitaire, des commissions provinciales des services de santé, du ministère de la Santé nationale, du Bureau fédéral de la statistique et des autres services du gouvernement central, si ces organismes veulent le consulter ou lui demander des avis, le Conseil connaîtra les besoins statistiques de tous les organismes de chacune des provinces aussi bien que ceux des services fédéraux, y compris les siens propres, et sera donc en mesure de proposer des formules afin de faciliter la coordination statistique.

La planification et l'établissement de la statistique de la santé doivent tenir compte de l'expérience acquise ailleurs, notamment aux États-Unis, où la création d'un Centre national de la statistique de la santé permettra l'intégration de données provenant de toute une gamme d'organismes que le Centre a pour mission «de compléter, mais non de supplanter[1]». Dans les cadres de ce Centre, l'enquête nationale sur la santé, dont une enquête auprès des ménages est une des principales composantes, sert de base à la statistique générale sur la santé[2].

Les méthodes d'évaluation doivent, elles aussi, être intégrées au Régime de services de santé pour faciliter une évaluation continue de la qualité et de l'efficacité des soins. En s'acquittant de ses obligations sur les plans local, provincial et fédéral, le Conseil de recherche en sciences de la santé pourra conseiller les commissions provinciales des services de santé au sujet de l'évaluation des régimes. Une statistique de la santé coordonnée est indispensable à toute évaluation. Les efforts déployés par le Conseil pour mettre sur pied cette statistique et pour en assurer le fonctionnement lui permettront de s'acquitter efficacement de la répartition ou de l'attribution de subventions à des recherches ayant pour but de déterminer l'efficacité des divers éléments du Régime de services de santé à l'échelon national.

---

[1] Département de la Santé, de l'Éducation et du Bien-être social des États-Unis, Services d'hygiène publique; *Final Report of the Study Group on Mission and Organization of the Public Health Service*, Washington, Bureau des impressions du gouvernement des États-Unis, 1960, p. 18.

[2] Cette statistique porte sur la santé et les services de santé en général sans être limitée à des programmes, à des maladies ou à des problèmes sanitaires déterminés, ni à certains groupes démographiques.

Avant qu'un système coordonné de statistique de la santé puisse fonctionner efficacement au niveau national, il faudra que le conflit de compétence actuel entre le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social et le Bureau fédéral de la statistique soit résolu[1].

En matière de statistique, l'activité de la Direction de la recherche et de la statistique du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social se répartit entre des études entreprises par la Direction elle-même et les services de statistique et de consultation assurés à d'autres secteurs du ministère, à d'autres organismes et aux provinces. La Direction recueille ou analyse des données relatives à certains problèmes de santé et à des questions d'économie sanitaire et des données concernant les services gouvernementaux et bénévoles de soins de santé, tant publics que personnels. De plus, le ministère est chargé de recueillir les statistiques nécessaires à l'administration de diverses subventions à la santé, y compris les subventions versées aux termes de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques.

La Division de la santé et du bien-être social du Bureau fédéral de la statistique[2] est le principal organisme de statistique au Canada qui s'occupe de recueillir, d'établir et de publier des données sur la santé sans être chargé de l'exécution ou de l'administration d'un programme sanitaire déterminé. La production et la publication[3] de données sur l'état civil, sur les hôpitaux, sur l'hygiène mentale et la tuberculose et sur les maladies à déclaration obligatoire font partie de son travail quotidien. En plus de son programme de publications, la Division répond aux demandes de renseignements statistiques. Les travaux d'autres divisions du Bureau qui produisent des données sur les aspects démographique et social de la population canadienne complètent son œuvre. Pour la statistique de l'état civil, l'activité du Bureau, dans les cadres du Conseil de la statistique de l'état civil, organisme établi par un décret du conseil, est liée à un accord fédéral-provincial officiel. Dans d'autres domaines de la statistique sur la santé, les moyens de collaboration avec les provinces se limitent à des contacts personnels, à des comités spéciaux et à des groupes de travail du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.

A une époque où les sciences sanitaires évoluent rapidement et où les services de santé s'engagent dans des voies nouvelles, le manque d'entente et de collaboration entre ces deux organismes a gêné l'expansion nécessaire correspondante de la statistique de la santé. Plutôt que d'insister sur les causes du regrettable état de choses actuel, nous préférons formuler quelques

---

[1] Le ministère des Affaires des anciens combattants et celui du Travail sont d'autres organismes fédéraux qui établissent des statistiques sur la santé. Le ministère des Affaires des anciens combattants établit des données relatives à ses services de santé et le ministère du Travail en établit sur la réadaptation professionnelle et sur les accidents du travail. Les principaux organismes de statistique sont le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social et le Bureau fédéral de la statistique.

[2] Trois sections s'occupent de la statistique de la santé: celles des Institutions, de la Santé publique et de la Statistique de l'état civil.

[3] Pour une liste détaillée des publications du Bureau, voir *Publications courantes — Bureau fédéral de la statistique 1960*. Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1960, et suppléments.

observations d'ordre constructif. La Commission royale d'enquête sur l'organisation du gouvernement (Rapport Glassco) a signalé le problème de compétence et a recommandé qu'il soit tranché par le Conseil du Trésor. En thèse générale, pour toute statistique à caractère national, il a recommandé l'intégration et la coordination complètes de l'appareil statistique sous la direction du Bureau fédéral de la statistique[1]. En même temps, il ajoute que «les ministères doivent être libres de recueillir et d'exploiter eux-mêmes certaines données[2]», mais doivent se limiter à des travaux expérimentaux relativement restreints[3]. Le Rapport Glassco signale également qu'un obstacle barre la route à une collaboration efficace entre le Bureau fédéral de la statistique et d'autres services fédéraux en ce sens que le Bureau est tenu, aux termes de la loi, de collaborer avec tous les ministères, à l'égard des questions de statistique, sans obligation correspondante de la part des autres services[4]. Les choses en sont encore là; le problème n'a pas été résolu.

Cette anomalie se répercute jusque sur la statistique hospitalière qui, pourtant, est un des rares domaines où la statistique sur la santé ait accusé un certain progrès. Dans ce domaine, ou dans d'autres, les deux services fédéraux se disputent la compétence et leurs revendications aboutissent souvent à la présentation de demandes concurrentes ou opposées aux organismes qui assurent des services; il en résulte, d'une part, passablement de double emploi d'activité et, d'autre part, un ralentissement des progrès. La situation du Bureau repose sur les dispositions de la loi sur la statistique; le ministère, de son côté, s'appuie sur les obligations que la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques impose au ministre. Il nous semble que la question fondamentale est ici la suivante: doit-il exister un organisme central de statistique comme le Bureau, ou chaque service intéressé à un domaine spécial, celui de la Santé nationale et du Bien-être social par exemple, doit-il recueillir sa propre statistique?

---

[1] *Commission royale d'enquête sur l'organisation du gouvernement*, volume 3, p. 39. Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1962.

[2] *Ibid.*, p. 42.

[3] *Ibid.*

[4] Le Bureau fédéral de la statistique est un organisme fédéral dont l'unique fonction est de produire des statistiques; il n'a pas à formuler de ligne de conduite ni à administrer des programmes déterminés.

La loi sur la statistique (1948, c. 45, art. 1, modifié), Statuts revisés du Canada, 1952, volume IV, chapitre 257, établit, sous l'autorité du ministre du Commerce, le Bureau fédéral de la statistique, dont les fonctions consistent à:

> recueillir, établir, analyser, résumer et publier des renseignements statistiques sur les mouvements commerciaux, industriels, financiers, sociaux, économiques et généraux, et sur la condition de la population; collaborer avec tous les autres départements de l'État à la réunion, à l'établissement et à la publication de relevés statistiques d'administration, suivant les règlements; opérer le recensement du Canada, de la manière prévue à la présente loi; et généralement, organiser un système de statistiques sociales et économiques coordonnées, concernant le Canada tout entier et chacune de ses provinces.

La loi renferme de rigoureuses dispositions afin d'assurer le caractère confidentiel et secret des renseignements statistiques recueillis par le Bureau.

(A suivre à la p. 147.)

Dans un cas comme dans l'autre, il y a du pour et du contre[1]. La Commission Glassco a étudié la question et s'est prononcée pour le maintien et le renforcement du Bureau en tant qu'organisme chargé principalement de recueillir les données. Si nous acceptons ce verdict, comment le rôle du Bureau dans le domaine de la santé peut-il être clairement déterminé et défini?

L'énumération des fonctions du Bureau, dans la loi sur la statistique, reflète forcément les conditions qui existaient au moment où la loi a été promulguée. Il n'y est pas fait mention de la responsabilité de recueillir d'autres statistiques sur la santé, à l'égard, par exemple, des soins médicaux, des soins à domicile et des répercussions sociales et économiques d'un bon ou d'un mauvais état de santé. De toute évidence, ces données ne peuvent pas se dissocier de l'épidémiologie, de la morbidité, des naissances, des décès et des hôpitaux. Il semble nécessaire de modifier la loi pour faire mention de la

[1] Un organisme statistique central dissocié des décisions d'action peut être plus objectif et mieux à même d'adapter son travail aux besoins statistiques non seulement du ministère fédéral intéressé, mais de tous ses clients éventuels; il fournit un moyen d'intégrer diverses séries statistiques (élément également important pour le raccordement des documents et le plan des échantillons) et, généralement, d'organiser «un système de statistiques sociales et économiques coordonnées, concernant le Canada tout entier et chacune de ses provinces», comme le dit la loi sur la statistique; il est mieux à même d'appliquer des concepts et des classifications uniformes; il peut plus efficacement utiliser les effectifs et les machines qu'exige le traitement moderne des données. D'autre part, le ministère approprié est plus directement en contact avec le milieu; il peut être plus au courant des besoins statistiques et mieux placé pour réaliser ses propres projets sans avoir à disputer la priorité à des travaux statistiques afférents à d'autres domaines. En particulier, parce qu'il reconnaît le besoin d'évaluer les objectifs et d'imaginer de nouveaux moyens de s'attaquer aux problèmes, il peut être conscient de la nécessité d'entreprendre une analyse spéciale à un moment déterminé.

(Fin du renvoi de la p. 146.)

En plus de cette énumération générale des fonctions, la loi précise que le Bureau doit établir des statistiques sur les sujets suivants:

Recensement de la population et de l'agriculture du Canada;
Recensement de l'industrie, de la construction, des maisons de commerce et des établissements de service, etc.;
Voituriers et entreprises d'utilité publique; et
Statistiques criminelles.

La loi mentionne également les sujets suivants en particulier sur lesquels le Bureau doit recueillir, établir, analyser, résumer et publier des statistiques:

a) la population;
b) les naissances, décès, mariages, divorces;
c) l'épidémiologie, la morbidité;
d) l'immigration et l'émigration;
e) l'emploi, le chômage, la paie, les hommes-heures;
f) l'agriculture, l'horticulture, l'industrie laitière, l'entreposage frigorifique;
g) les usines, les mines et les industries productives en général;
h) l'enseignement;
i) les finances publiques et privées;
j) le commerce de gros et de détail et la fourniture de services;
k) les hôpitaux, les asiles d'aliénés, les institutions pour tuberculeux, les établissements de charité et de bienfaisance;
l) les prix et le coût de la vie; et
m) toutes autres matières que détermine le ministre ou le gouverneur en conseil.

statistique sur la santé en général plutôt que de certains aspects particuliers de cette statistique. A notre avis, c'est avec raison que le Rapport Glassco propose que le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social exerce lui aussi une certaine activité dans le domaine de la statistique. La répartition du travail, cependant, ne saurait être réalisée par une énumération des sujets qui relèvent de chacun des organismes car, souvent, c'est l'étendue de l'activité plutôt que le sujet lui-même qu'il faudra déterminer. Les critères déjà mentionnés, qu'énumère le Rapport Glassco, sont un guide logique, semble-t-il, mais ils ne peuvent servir que de fil conducteur et ils ne donneront de résultats que si, de part et d'autre, il y a entente et volonté de collaborer.

Cette entente est nécessaire parce que le Bureau ne peut espérer produire de statistiques satisfaisantes et utiles sur la santé sans l'appui du ministère. Le ministère ne peut pas non plus combler économiquement les lacunes sans les ressources statistiques du Bureau. Le Régime de services de santé ne peut pas se payer le luxe de doubler les services statistiques.

Nous avons pleine confiance que les chefs du ministère peuvent créer un climat de collaboration; s'ils négligent de le faire, le Conseil du Trésor peut le leur ordonner. Le Bureau doit, évidemment, s'acquitter pleinement de ses obligations à l'égard de la statistique sur la santé tout en répondant aux besoins du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social et d'autres organismes. Ce n'est pas en prétendant assumer de vastes responsabilités à l'égard de la statistique sur la santé, tout en repoussant les demandes d'assistance d'ordre statistique sous prétexte d'un manque de ressources, qu'on pourra résoudre les problèmes qui se posent aux Canadiens et auxquels les ministères d'exécution de l'État doivent s'attaquer. Le besoin de ressources du Bureau, sous forme de personnel professionnel qualifié—c'est-à-dire de spécialistes d'une matière donnée et de la méthodologie statistique, de personnel technique et administratif, d'équipement mécanique moderne et aussi de services de traitement des données[1]—doit être établi et satisfait pour que la statistique produite soit satisfaisante quant à sa couverture, à sa qualité et à son actualité[2].

Nous entrevoyons, cependant, que deux mesures seront peut-être nécessaires pour permettre au Bureau de remplir ses fonctions. A notre avis, le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social et d'autres organismes de santé n'ont pas tort de prétendre que le Bureau, dont les obligations s'étendent à toute une gamme de matières, n'accorde pas aux travaux de statistiques sur la santé le rang prioritaire qu'on leur attribuerait autrement. Pour répondre aux demandes de statistiques des divers ministères et du grand public, le Bureau doit, comme tous les autres organismes de l'État, rester dans les limites de son budget. Lorsque la question de priorité se pose à l'égard de différents travaux, il ne faudrait pas que ce soit le Bureau qui ait à décider lesquels seront exécutés, différés ou réduits. Nous avons le sentiment qu'un

---

[1] Par exemple, la dactylographie, la traduction, la révision, la correction des épreuves et l'impression.

[2] Voir volume I, chapitre 2, recommandation 188, p. 85.

organisme comparable à la Commission centrale de la statistique des Pays-Bas pourrait être une bonne méthode «de protéger les ministères de l'État, le public et les institutions scientifiques contre une intervention injustifiée dans la collecte et la publication de statistiques, et de garantir l'objectivité et les hautes normes scientifiques du programme d'action du Bureau[1]».

Nous avons déjà dit que, pour ce qui est de la statistique sur la santé, l'établissement d'un organisme chargé de déterminer les besoins du pays en cette matière, y compris ceux du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social et d'autres institutions ou services, est une deuxième condition essentielle au bon fonctionnement du Bureau. Nous avons déjà eu au Canada un organisme de ce genre: le Comité consultatif médical du statisticien fédéral[2]. Malheureusement, on a permis qu'il tombe dans l'oubli et le seul contact réel du Bureau avec les organismes de santé a ainsi été coupé. Le Conseil de recherche en sciences de la santé pourrait, à notre avis, remplir ce rôle à l'avenir. Non seulement conseillerait-il le Bureau fédéral de la statistique sur la mesure dans laquelle diverses catégories de statistique sur la santé sont nécessaires, mais il resterait en contact étroit avec le Bureau pour déterminer si ces besoins sont satisfaits. Si le Bureau ne répondait pas à ces besoins, le Conseil s'enquerrait des raisons afin de pouvoir formuler des recommandations appropriées aux dirigeants du Bureau.

CONCLUSION

Dans le volume I de notre rapport, nous avons formulé certaines observations et recommandations touchant la statistique de la santé au Canada. A cause de l'importance que revêt l'information statistique dans le domaine

---

[1] *Bureau central de la statistique des Pays-Bas: Organisation, fonctions et activité,* Imprimerie du gouvernement des Pays-Bas, La Haye, 1960, p. 9.

NOTA: Il existe aux Pays-Bas un Bureau central de la statistique rattaché au ministère des Affaires économiques. Dans la définition que nous donnons ci-dessus de ses fonctions, il est dit également que seul le Bureau central de la statistique recueille, établit et publie l'information statistique afférente à tous les secteurs de l'activité sociale, économique et culturelle du pays; quant à certaines statistiques administratives («secondaires»), est-il ajouté, le travail s'accomplit en collaboration avec d'autres services de l'État. C'est ce genre de collaboration qui devrait exister, par exemple, dans le domaine de la statistique hospitalière.

Pour ce qui est de la Commission centrale de la statistique des Pays-Bas, la loi prescrit (art. 2):

> Le Bureau ne peut entreprendre de nouvelle enquête statistique, faire paraître de nouvelle publication ni mettre fin aux enquêtes en cours ou aux publications existantes sans l'assentiment de la Commission centrale de la statistique.
>
> De sa propre initiative ou sur l'ordre du ministère des Affaires économiques, la Commission centrale de la statistique peut donner instruction au Bureau central de la statistique de recueillir, de traiter et de publier certaines données statistiques.
>
> Le Directeur doit exécuter ces instructions, mais peut en appeler au Ministre à l'égard des directives que la Commission lui donne de sa propre initiative.

Au Canada, cette attribution pourrait être confiée au Comité du Conseil privé pour la recherche scientifique et industrielle.

[2] Le sous-ministre de la Santé nationale et du Bien-être social en était le président, et le directeur de la division de la Santé et du Bien-être social du bureau en était le secrétaire.

de la recherche sanitaire aussi bien que dans l'administration des services de santé, nous examinons ce sujet à fond dans le présent volume.

Pour éviter que la statistique ne dégénère en paperasserie, elle doit être recueillie et traitée en fonction des objectifs recherchés. Les sources de données sur la santé sont aussi variées que les organismes qui assurent des services de santé. Afin de combler les lacunes, d'assurer la comparabilité, pour supprimer le double emploi et de fournir aux dirigeants et aux administrateurs les renseignements de base nécessaires pour qu'ils prennent et exécutent de sages décisions, la collaboration entre ces organismes est de première nécessité.

C'est pourquoi nous avons recommandé[1] que le Conseil de recherche en sciences de la santé assume un rôle positif «en vue de l'élaboration et du maintien d'un système permanent de statistiques sur la santé», y compris un index des soins dentaires. La statistique de la santé ne sera pleinement efficace que si l'expérience d'un programme, d'une région, d'une méthode ou d'une institution peut être comparée à une expérience correspondante *ou* encore à une norme acceptée qui peut représenter la moyenne d'une multitude de programmes, de régions, de méthodes et d'institutions. Plus les programmes et les services de santé se font complexes, plus le raccordement des données et de la statistique prend d'importance. Tout cela exige au départ l'uniformité, la comparabilité et la coordination des données. Les besoins statistiques vont donc au-delà de ce que comporte la tâche quotidienne d'un organisme particulier.

L'appareil futur de la statistique de la santé devra répondre aux besoins des organismes d'exécution et de financement aussi bien qu'à ceux des commissions des services de santé, des conseils de planification sanitaire et du Conseil de recherche en sciences de la santé.

A cette fin, tous les organismes intéressés à la production des données de base et à la collecte, à la totalisation, à la publication et à l'utilisation de la statistique devront collaborer. Il faudra quand même conserver l'élément de souplesse pour satisfaire aux besoins des divers échelons et pour adapter les travaux statistiques aux besoins changeants. Au palier fédéral, il faudra concilier la production de statistiques par le Bureau fédéral de la statistique avec les besoins du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social et d'autres organismes. Nous avons recommandé en particulier une plus étroite collaboration entre les deux principaux organismes fédéraux intéressés à la statistique de la santé. Leurs besoins respectifs ne sont pas opposés et nous avons confiance qu'ils peuvent être satisfaits d'une façon constructive.

Étant donné que le bagage des connaissances scientifiques et de la technique, dans le domaine de la statistique, s'enrichit rapidement et constamment, il est de la plus haute importance que la statistique de la santé tire pleinement profit du progrès accompli dans ce domaine. Plusieurs travaux utiles qui, dans le passé, auraient été irréalisables ou trop chers seront désormais possibles. On disposera de renseignements plus satisfaisants

---

[1] Voir volume I, chapitre 2, recommandation 184, p. 83.

et plus à jour que ceux qu'on pouvait obtenir jusqu'ici. En même temps, le recours aux méthodes les plus récentes d'enregistrement des données permettra de recueillir plus aisément les renseignements de base; le groupement et le traitement des données faciliteront la production d'une statistique plus détaillée et plus sûre pour une somme égale, ou même inférieure, de travaux d'écritures.

Une planification minutieuse et permanente est nécessaire pour réaliser ces objectifs et assurer que la statistique sur la santé apporte la réponse aux questions que se pose la science et pour faciliter la planification, la formulation, la direction et l'évaluation des services de santé. Dans ce contexte, on aura beaucoup plus de chances d'assurer les soins de santé les meilleurs possible aux Canadiens.

6

Organismes de santé bénévoles

INTRODUCTION

Le développement considérable des organismes de santé bénévoles au Canada et l'appui qu'on leur donne reflètent l'intérêt grandissant que notre société porte à la santé des citoyens et sa conviction que les organismes bénévoles peuvent jouer un rôle important et efficace dans les soins de santé. Le public participe de plus en plus, tant sur le plan financier que sur le plan personnel, à l'œuvre des organismes qui s'occupent de promouvoir la santé, de prévenir la maladie, de dépister, de traiter et de réadapter les victimes de la maladie et de l'invalidité et qui encouragent les recherches scientifiques et la formation du personnel sanitaire.

Dans le volume I de notre rapport, nous avons mentionné la contribution importante des organismes bénévoles aux services de santé fournis aux Canadiens. Dans le présent chapitre, nous voulons étudier davantage leur contribution, en particulier la croissance de divers organismes bénévoles, les services qu'elles fournissent et leur structure et leur financement, avant d'étudier leur rôle futur dans le Régime des services de santé. Essentiellement, nous présentons dans ce chapitre une évaluation du rôle passé et présent, ainsi que du rôle futur des organismes de santé bénévoles au Canada.

Nous étudions les principales formes d'activité des organismes bénévoles, mais nous n'examinons pas la question des hôpitaux bénévoles et des institutions de bienfaisance. Il faut souligner, toutefois, que, les données disponibles étant limitées, il n'est pas possible de présenter une analyse détaillée de chaque organisme. On trouvera plus de renseignements, cependant, sur les divers organismes bénévoles dans l'étude qui a été réalisée pour la Commission et sur laquelle porte ce chapitre[1].

Nous n'avons pas analysé les services des organismes bénévoles selon leur caractère gratuit ou payant. La question prend un autre aspect parce que ces organismes ne subviennent plus seulement aux besoins des personnes nécessiteuses, mais qu'ils ont tendance à fournir leurs services à tous ceux qui en ont besoin, quels que soient leurs revenus ou leurs moyens. Après

[1] E. S. L. Govan, *Organismes de santé bénévoles au Canada*, étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé. Ottawa, Imprimeur de la Reine. (*Sous presse.*)

la mise en œuvre du Régime des services de santé, le rôle des organismes bénévoles devrait rester essentiellement le même, bien que les services de santé fournis aux particuliers par le régime seront payés par le Régime.

DÉVELOPPEMENT DES ACTIVITÉS BÉNÉVOLES

L'établissement d'organismes bénévoles en vue d'assurer des services de santé aux Canadiens a commencé avant la confédération. Des communautés religieuses du Québec ont entrepris, il y a plus d'un siècle, un programme de soins infirmiers communautaires, soins qui constituent une des premières fonctions des organismes bénévoles; l'Institut Nazareth pour les aveugles a été fondé à Montréal en 1861. On a fondé des écoles pour les aveugles à Halifax en 1870 et en Ontario en 1872, mais les organismes bénévoles n'ont vraiment pris d'ampleur qu'à la fin du XIXe siècle[1] alors que les premiers organismes de santé bénévoles nationaux ont été établis au Canada. Ces organismes sont nés de l'expansion de certaines associations du Royaume-Uni. Ainsi, la Société canadienne de la Croix-Rouge a été d'abord organisée en 1896 comme section d'outre-mer de la Croix-Rouge britannique destinée à assister les malades et les blessés de guerre[2], l'Ordre des infirmières Victoria a été fondé en 1897 et son premier objectif était le bien-être des mères et des enfants, tandis que des sections de l'Association ambulancière Saint-Jean se sont organisées dans diverses provinces pour donner des cours de secourisme et qu'un organisme national s'est formé en 1910. En 1896, la *National Sanitarium Association* a été établie par des médecins et des profanes afin d'assurer des services aux habitants de l'Ontario. La médecine a joué un rôle prépondérant dans la mise en œuvre d'un organisme national destiné à combattre la tuberculose, en 1900, soit l'Association cana-

---

[1] Même avant le milieu du XIXe siècle, des organismes bénévoles avaient mis en pratique quelques-uns des principes des soins communautaires, des soins continus et de la réadaptation. Il s'agissait surtout d'organismes de bien-être social et ils fonctionnaient au niveau local. Les institutions qui suivent ne sont que quelques exemples des premiers organismes de cette sorte qui ont fonctionné au Québec. En 1843, on a fondé à Montréal l'Asile de la Providence dont l'un des buts était de visiter à domicile les malades indigents. Il en est de même du Couvent Bethléem fondé en 1868. L'Institut des sourds-muets, fondé en 1848, faisait œuvre d'enseignement à Montréal. L'Asile de la Providence et le *Father Dowd Memorial Home,* fondé en 1868, avaient leur maison de retraite pour les vieillards. A partir de 1848, les enfants illégitimes nés à l'Hôpital de la Miséricorde ont été confiés à la Crèche de la Miséricorde.

[2] McKenzie Porter, *A tous les humains—L'histoire de la société canadienne de la Croix-Rouge, Toronto, McClelland and Stewart,* 1960. En 1885, pendant la bataille de Batoche, au cours de la rébellion de la Saskatchewan, le Dr G. S. Ryerson, chirurgien des *Tenth Royals,* répandit l'usage de l'insigne de la Croix-Rouge qu'il portait sur le champ de bataille en prenant soin des blessés. Ce fut le premier insigne de la Croix-Rouge au Canada. Plus tard, le docteur Ryerson a contribué à la fondation de la Société canadienne de la Croix-Rouge. En 1896, la section canadienne de la Société britannique de la Croix-Rouge a été établie au cours d'une réunion tenue à Toronto sous la présidence du Dr Ryerson; sir Frederick Borden, sir Charles Hibbert Tupper et le colonel J. B. Maclean y assistaient.

dienne antituberculeuse[1]. En 1908, les femmes catholiques ont fondé à Toronto la *St. Elizabeth Visiting Nurses' Association.* Tous ces groupements ont été organisés en vue de résoudre les problèmes de santé de l'époque.

La première Guerre mondiale a donné un élan nouveau au développement des organismes bénévoles. En 1917, l'Institut national canadien pour les aveugles a été formé sous la direction inspirée du colonel E. A. Baker, ancien combattant aveugle qui avait subi des traitements de réadaptation à l'Hôpital *St. Dunston's* en Angleterre et qui s'était joint à la *Braille Library* de Toronto à son retour au Canada. Grâce à son action auprès de citoyens influents, il a pu obtenir une charte nationale et il est resté secrétaire général de l'association qui a établi un réseau national de services destinés aux aveugles et qui, dans une certaine mesure, a servi de modèle d'œuvre de services complets voués à des handicapés.

Pendant et immédiatement après la première Grande Guerre, les médecins et des profanes ont créé un organisme en vue de combattre la propagation des maladies vénériennes. Plus tard, l'organisme est devenu la Ligue de santé canadienne ayant pour fonction première de diffuser des renseignements au sujet de la santé et d'encourager l'action des gouvernements dans le domaine de la santé. En 1918, des hommes d'affaires ont institué le *Canadian National Committee for Mental Health* afin d'amener le public à accorder un large soutien à l'amélioration des soins assurés aux malades mentaux au Canada; par la suite, ce comité est devenu l'Association canadienne d'hygiène mentale.

Dans l'entre-deux-guerres, il y a eu progrès lent mais soutenu de l'œuvre des organismes établis et de nouveaux organismes bénévoles se sont créés afin de s'occuper de nouveaux problèmes de santé. A cette expansion, ont participé les professions sanitaires, le grand public et les gouvernements. La Société canadienne de la Croix-Rouge a pris l'initiative d'établir des services de soins infirmiers dans un grand nombre de provinces et elle a fourni des fonds à plusieurs autres organismes bénévoles; en même temps, elle a encouragé l'établissement de centres sanitaires et y a prêté son concours. Ainsi, par exemple, lorsqu'un cours d'infirmière-hygiéniste a été organisé à l'Université Dalhousie en 1919, la Société canadienne de la Croix-Rouge a offert des bourses et un montant de $25,000 afin de maintenir un bon

[1] L'Association canadienne antituberculeuse indique que les dates de fondation de ses sections provinciales sont les suivantes:

British Columbia Tuberculosis Society	1904
New Brunswick Tuberculosis Association	1909
Saskatchewan Anti-Tuberculosis League	1910
Sanatorium Board of Manitoba	1929
Prince Edward Island Tuberculosis League	1936
Le Comité provincial du Québec en vue de la lutte contre la tuberculose	1937
Alberta Tuberculosis Association	1940
Newfoundland Tuberculosis Association	1944
Ontario Tuberculosis Association	1945
Nova Scotia Tuberculosis Association	1946

Ces dates sont celles où ces associations ont été établies dans leur forme actuelle, mais la plupart d'entre elles existaient depuis les premières années 1900, habituellement sous forme d'associations urbaines distinctes.

nombre d'infirmières dans l'exercice de la profession pendant un an. En plus d'aider cette université et d'autres à assurer une formation professionnelle dans le domaine de l'hygiène publique, la Société a entrepris, en 1923, d'établir des cours de soins à domicile afin de maintenir la santé familiale en enseignant l'hygiène à domicile, les règles de l'hygiène et les principes d'alimentation. La section de Toronto de la Croix-Rouge avait commencé dès 1925 à établir des services d'aides familiales en instituant un comité d'étude constitué de représentants de la médecine, des soins infirmiers, du service social et de l'économie domestique. En 1930, la Ligue de santé canadienne a organisé son Comité d'immunisation afin d'intensifier la publicité au sujet de l'usage de la toxoïde diphtérique, tandis que l'Ordre des infirmières Victoria a commencé à mettre l'accent sur les soins infirmiers à domicile au bénéfice des malades chroniques et des malades sortis d'hôpital. Pendant ce temps-là, l'Association canadienne antituberculeuse a commencé à faire de l'éducation du public un des aspects importants de son travail.

Parmi les organismes nouveaux qui ont été établis à l'époque figurent ceux qui s'intéressent aux besoins des enfants infirmes. Entre 1916 et 1922, un certain nombre de clubs de bienfaisance de l'Ontario, surtout le Rotary, ont établi des services pour les enfants infirmes dans le cadre de leur œuvre communautaire; en 1922, des représentants de ces clubs ont fondé l'*Ontario Society for Crippled Children* afin de répandre cette œuvre dans toute la province. La Société pour les enfants infirmes du Québec a évolué de façon semblable; on a formé en 1938 un organisme national, groupant les organismes provinciaux et doté d'une charte fédérale, sous le nom de Conseil canadien pour les enfants infirmes. En 1935, on a institué un autre organisme, l'*Alcoholics Anonymous,* fondé sur la conviction qu'un alcoolique peut faciliter sa guérison en fréquentant un ancien alcoolique et que le contact avec le groupe raffermit les efforts de redressement de l'individu. L'*Alcoholics Anonymous* a donc pris la forme d'un certain nombre de groupements indépendants fonctionnant dans diverses collectivités.

Les instances des organismes de santé bénévoles ont amené la création d'un ministère fédéral de la Santé en 1919. En accordant un certain nombre de subventions aux organismes d'action sanitaire bénévoles nationaux, le ministère a établi et reconnu leur place dans le domaine de l'hygiène publique. De leur côté, les ministères provinciaux de la Santé ont aidé et reconnu davantage les organismes bénévoles. De cette façon, d'une année à l'autre, il s'est développé au Canada divers modes de collaboration entre les organismes bénévoles, les gouvernements et le public. La Société canadienne de la Croix-Rouge a frayé la voie dans ce domaine. Ayant à adapter son activité au temps de paix après la première Guerre mondiale, la Société, en qualité d'auxiliaire du ministère fédéral du Rétablissement des soldats dans la vie civile, s'est d'abord occupée d'aider les anciens combattants à se réadapter.

Au cours de cette période, des groupements de praticiens de la santé ont continué à stimuler l'établissement d'organismes de santé bénévoles. En

1938, l'Association médicale canadienne a entrepris de créer dans ses cadres un service de lutte contre le cancer et d'organiser un groupement de citoyens: la Société canadienne de la lutte contre le cancer. C'est ainsi qu'est née la Société canadienne du cancer qui a des comités d'action dans toutes les provinces.

A l'ouverture de la seconde Guerre mondiale, on s'est intéressé de plus en plus au besoin de mobiliser toute la population active, y compris les invalides, et les organismes bénévoles ont commencé à étendre leur activité dans ce sens. En 1940, on a institué la *Canadian Hearing Society* surtout en tant que bureau de placement des sourds et des personnes dures d'oreille.

Pendant la guerre, les associations bénévoles qui s'étaient appliquées auparavant à répondre aux besoins des enfants handicapés ont commencé à s'intéresser à la réadaptation des adultes. Cela s'est continué après la guerre alors que les associations bénévoles, constatant que les installations, les méthodes de traitement et les besoins avaient plusieurs éléments communs dans le cas de toutes les personnes handicapées (surtout à mesure que leurs propres malades et pupilles devenaient plus vieux), ont créé des organismes de plus grande envergure. L'organisme national qui s'occupait des enfants infirmes a éliminé la limite d'âge et a changé de nom en 1954 pour devenir le Conseil canadien pour les enfants et les adultes infirmes; de même, un certain nombre de sociétés provinciales ont fait de même en ce qui a trait à leurs services, tandis que d'autres sociétés provinciales ont pris des mesures pour confier le soin des personnes handicapées de plus de 18 ans à la Fondation canadienne pour la poliomyélite (établie en 1948) qui, la menace de la poliomyélite étant amoindrie, avait étendu ses services à d'autres groupes d'handicapés.

Comme nous l'avons dit dans le volume I de notre rapport, l'intérêt du public pour le domaine de la santé a pris plus d'ampleur et un élan nouveau depuis la fin de la seconde Guerre mondiale[1]. Le public n'a nulle part manifesté plus clairement son intérêt que dans le domaine du développement des organismes de santé bénévoles. Incité par une plus grande compréhension des besoins et par un optimisme encore plus grand quant aux progrès que la science et la technique médicale peuvent accomplir, on s'est attaqué aux divers problèmes de la santé d'une façon plus systématique que jamais encore dans notre histoire.

Les organismes bénévoles, qui s'appliquent à découvrir les nouveaux besoins en matière de santé et à y chercher des solutions, ont continué à bénéficier largement de l'appui des gouvernements. Depuis 1948, les organismes bénévoles qui s'occupent du problème de la réadaptation reçoivent de l'aide financière au titre du Programme des subventions nationales à la santé. Au cours de la même année, la Société canadienne de l'arthrite et du rhumatisme qui venait d'être établie a bénéficié d'une subvention et six de ses succursales provinciales ont reçu de l'aide afin de pourvoir ses cliniques du personnel et de l'équipement requis. Au titre du Programme des subventions nationales à la santé, on a institué en 1953 une subvention à la

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

réadaptation fonctionnelle. En vertu de cette subvention, des fonds ont été mis à la disposition des intéressés pour la création de centres bénévoles de réadaptation. Des centres comme le *G. F. Strong Rehabilitation Centre* de Vancouver, l'Institut de réadaptation de Montréal, le *Nova Scotia Rehabilitation Centre* d'Halifax et d'autres ont aussi bénéficié de subventions au titre du Programme. A la même époque, les gouvernements provinciaux ont aussi prêté leur appui aux organismes bénévoles en augmentant le nombre et le montant des subventions accordées aux organismes bénévoles de santé de la province et en achetant leurs services. L'adoption en 1957 de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques et les modifications qui y ont été apportées ultérieurement quant aux services externes ont amené le transfert de certaines responsabilités des organismes bénévoles au régime d'hospitalisation soutenu par les deniers publics. Cela cadrait bien avec le rôle des organismes bénévoles qui est d'établir des programmes de santé appelés à répondre à de nouveaux besoins de la collectivité auxquels une action universelle pourra le mieux répondre plus tard.

Le corps médical a continué également à donner une impulsion à la création d'organismes bénévoles chargés de s'occuper de maladies particulières. Les médecins et autres praticiens qui s'intéressent tout particulièrement au traitement et à la prévention des maladies cardio-vasculaires ont pris une part active à l'établissement de fondations provinciales destinées à appuyer la recherche dans ce domaine. C'est ainsi qu'est née en 1956 la *Canadian Heart Foundation.*

Un fait remarquable de l'après-guerre est le grand nombre d'organismes bénévoles qui ont été mis sur pied par des malades ou des parents d'enfants atteints d'affections particulières et qui plus tard sont devenus des organismes d'envergure nationale. Parmi les organismes qui sont l'œuvre de malades figurent le *Canadian Council of the Blind* (affilié à l'Institut national canadien pour les aveugles), la *Canadian Federation of the Blind* surtout active dans le Québec et en Saskatchewan et la *Canadian Federation for the Hard of Hearing.* En 1945, sous la direction de M. J. G. Counsell, un groupe d'anciens combattants ont fondé la *Canadian Paraplegic Association* pour compléter les services assurés par le ministère des Affaires des anciens combattants et permettre au public de bénéficier de ces services.

La Société canadienne de la sclérose en plaques a été organisée en 1948 par des malades et des amis désireux de promouvoir la recherche. Un autre organisme, l'Association canadienne de dystrophie musculaire, est l'œuvre de parents et d'amis qui avaient constaté que cette maladie, à cause de sa faible incidence et de sa nature non infectieuse, était à peu près inconnue du public. D'autres organismes fondés par des malades sont la *Canadian Hemophilia Society,* la *Canadian Cystic Fibrosis Association* et l'Association canadienne pour les enfants arriérés. La Société canadienne de l'arthrite et du rhumatisme fondée en 1948 est à la fois l'œuvre de malades, de spécialistes et des gouvernements soucieux du problème. A la demande expresse de la *Canadian Rheumatism Society,* le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social a assemblé une conférence de spécialistes chargés

d'étudier la question de la lutte contre les maladies rhumatismales au Canada. C'est au cours d'une seconde conférence à laquelle ont assisté les représentants des ministères provinciaux de la santé, des écoles de médecine, des associations professionnelles et de la Société canadienne de la Croix-Rouge que cet organisme bénévole a pris naissance.

Bien que leur effectif ne soit pas le reflet exact de l'appui que les organismes bénévoles reçoivent du public et que l'aide dont ils bénéficient provienne des dons des particuliers aux Campagnes des conseils et fédérations d'œuvres qui en font la distribution, il est évident que, par leur adhésion, la prestation de services et leur participation à l'administration de ces organismes bénévoles, un grand nombre de Canadiens prennent une part active aux initiatives bénévoles. Le tableau 6-1 donne un aperçu de la structure des 28 organismes bénévoles nationaux.

Les chiffres de l'effectif, au tableau 6-1, ont un sens particulier pour chaque organisme. Ainsi, la Société canadienne du cancer désigne comme membre toute personne qui a donné un dollar ou plus alors que l'Ambulance Saint-Jean ne compte comme membres que les personnes qui en portent l'uniforme et qui ont reçu une formation spéciale. La *Canadian Heart Foundation* compte comme membres des particuliers et des organismes alors que la Société canadienne de la Croix-Rouge ne tient registre que des membres de la branche cadette. D'autre part, les organismes nés de l'initiative d'ex-malades recrutent des membres parmi ceux qui ont été atteints de certaines maladies ou infirmités ou ceux qui s'y intéressent, mais la distinction n'est pas toujours clairement établie entre ces deux groupes. Enfin, il y a ces quelques organismes qui ne fournissent aucune précision quant à leur effectif. Par contre, des masses considérables de bénévoles sont groupées dans les clubs de service social, les groupements de dames auxiliaires, les groupements des diverses confessions et d'autres groupements qui assurent des services bénévoles dans ce domaine.

Ailleurs dans notre rapport[1], nous avons fait la distinction entre les fonctions légales du Collège des médecins et chirurgiens et celles de l'Association médicale canadienne qui, avec sa société sœur, l'Association des médecins de langue française du Canada et ses divisions provinciales, constituent les organismes bénévoles du corps médical. De la même façon, des organismes professionnels des autres professions sanitaires jouent à un degré variable un double rôle en homologant ou en immatriculant les membres compétents et en favorisant les intérêts de leurs membres. Dans l'exercice de ces deux fonctions, les organismes professionnels ont contribué grandement à l'avancement de la science dans leur domaine respectif et au relèvement des normes professionnelles de leurs membres et, par conséquent, de la qualité des services assurés au public. Nos efforts en vue de créer les conditions nécessaires pour permettre à tous les Canadiens de jouir des soins de santé les meilleurs possibles ont été appuyés non seulement par les témoignages rendus par les organismes professionnels de santé, mais aussi par leur active

[1] Voir volume I, chapitre 2, p. 31.

TABLEAU 6-1 ORGANISATION ET STRUCTURE DES ORGANISMES DE SANTÉ BÉNÉVOLES NATIONAUX AU CANADA
(1962 ou année la plus rapprochée)

Organisme	Date de fondation	Nombre de provinces*	Succursales	Siège national	Effectif déclaré	Participation aux campagnes des conseils et fédérations d'œuvres	Subventions fédérales	Subventions provinciales†
Société canadienne de la Croix-Rouge	1896	10	1,152	Toronto	—	x	x	x
Ordre des infirmières Victoria	1897	10	119	Ottawa	0	x	x	x
Association canadienne antituberculeuse‡	1900	10	175	Ottawa	—	x	x	x
St. Elizabeth Visiting Nurses Association	1908	1	2	Toronto	1,200	—	x	x
Association ambulancière Saint-Jean[a]	1910	10	389	Ottawa	10,000	x	x	x
Institut national canadien pour les aveugles	1917	10	48	Toronto	—	x	x	x
Association canadienne d'hygiène mentale[b]	1918	9	91	Toronto	137,000	x	x	x
Ligue canadienne de santé[c]	1919	1	2	Toronto	—	x	x	x
Canadian Federation of the Blind	1928	—	8	—	—	x	—	—
Canadian Mothercraft Society	1931	1	2	Toronto	0	—	—	x
Alcoholics Anonymous	1935	10	1,075	—	15,410	—	—	x
Société canadienne du cancer	1938	10	—	Toronto	—	x	—	x
Conseil canadien pour les enfants infirmes	1938	10	—	Toronto	—	x	—	x
Canadian Hearing Society	1940	1	3	Toronto	0	—	—	x
Canadian Council of the Blind	1944	—	—	Montréal	—	—	—	—
Association canadienne de paraplégie	1945	9	4	Toronto	2,000	—	x	—
Société canadienne de l'arthrite et du rhumatisme	1947	8	80	Toronto	2,000	x	x	x
Institut national du cancer	1947	—	—	Toronto	—	—	—	x
Association canadienne pour les enfants arriérés[d]	1947	9	—	Toronto	14,000	x	x	x

Fondation canadienne pour la poliomyélite	1948	10	32	Montréal	0	x	—	—
Société canadienne de la sclérose en plaques	1948	8	30	Montréal	9,600	—	—	x
Association canadienne de dystrophie musculaire	1950	7	—	Toronto	3,500	—	—	—
Canadian Heart Foundation	1952	9	—	Toronto	—	—	—	—
Association canadienne des diabétiques	1953	—	30	Toronto	3,500	—	—	—
Canadian Hemophilia Society	1953	4	1	Toronto	300	—	—	—
Canadian Council on Alcoholism	1959	—	—	—	—	—	—	—
Cystic Fibrosis Foundation	1960	—	—	Toronto	1,120	—	—	—
Cerebral Palsy Association[e]	—	—	—	—	—	x	—	x

* Selon la structure de l'organisme bénévole, les groupements provinciaux sont des sections de l'organisme national (comme l'Ordre des infirmières Victoria) ou des organismes indépendants (comme l'*Alcoholics Anonymous*).

† Renseignements fondés sur les mémoires présentés à la Commission royale d'enquête sur les services de santé; les renseignements ne sont pas connus quant aux organismes qui n'ont pas présenté de mémoire.

‡ A l'origine: *National Sanatorium Board*, 1896.

[a] A l'origine: Prieuré de l'Ordre très Vénérable de l'hôpital de Saint-Jean de Jérusalem.

[b] A l'origine: Comité national d'hygiène mentale; plus tard: Conseil canadien d'hygiène mentale; a adopté son nom actuel à sa constitution, en 1950, en société à charte fédérale.

[c] A l'origine: *Canadian Council for Combatting Venereal Disease;* plus tard, *Canadian Social Hygiene Council.*

[d] Constituée en société à charte fédérale en 1956.

[e] Plusieurs organismes provinciaux se sont joints en 1962 pour fins d'administration, au *Canadian Rehabilitation Council for the Disabled.*

REMARQUE: les tirets indiquent que les données sont incomplètes.

SOURCE: Rapports, brochures et mémoires présentés à la Commission royale d'enquête sur les services de santé.

collaboration à nos études. Les représentants des organismes professionnels prêtent leurs services à plusieurs organismes bénévoles à titre exécutif ou consultatif. Les revues que publient ces organismes professionnels servent à la fois à diffuser des renseignements d'ordre technique et à stimuler leurs membres à effectuer des recherches.

L'Association médicale canadienne, organisme professionnel des médecins du Canada, nous offre un exemple de l'apport de ces organismes à la cause de la santé. Parmi les objectifs de l'Association médicale canadienne figure l'avancement de «la médecine et des sciences et des arts connexes[1]». La loi par laquelle l'Association a été établie énonce parmi ses objectifs les suivants:

> aider à l'avancement des mesures visant à améliorer l'hygiène publique et à prévenir la maladie et l'invalidité; promouvoir l'amélioration des services médicaux; encourager l'adoption de mesures en vue d'améliorer les normes des services médicaux et hospitaliers[2].

Cette œuvre est assurée par des comités permanents ou spéciaux (bien-être maternel, alimentation, réadaptation, vieillissement, éducation physique, loisirs, etc.). L'Association a contribué à l'établissement du comité associé des recherches médicales du Conseil national de recherches qui a ouvert la voie au Conseil des recherches médicales et, en fait, à l'institution de la Commission royale d'enquête sur les services de santé. Elle effectue des recherches sur des problèmes particuliers de santé et contribue d'une manière exceptionnelle à améliorer la qualité des services de santé, par l'entremise de deux organismes appuyés par les médecins: le Conseil canadien de l'accréditation des hôpitaux et le Comité d'agrément des hôpitaux d'internat général, et la formation des infirmières. Nous avons déjà fait mention de l'œuvre des différents comités du personnel médical hospitalier[3] et l'expérience acquise dans le domaine de l'administration de l'assurance médicale par les régimes médicaux de paiement par anticipation institués par la profession[4]. Les comités de l'Association médicale canadienne s'occupent d'évaluer et d'approuver les écoles canadiennes de techniciens de laboratoire, de techniciens de radiologie et d'ergothérapeutes et de physiothérapeutes.

Les dentistes, les infirmières, les pharmaciens et les autres professions sanitaires ont fort concouru dans leur domaine à l'amélioration de la santé et des services de santé. C'est pourquoi nous sommes désireux que nos professions demeurent libres et autonomes[5] et, plus encore, qu'on étende leurs pouvoirs afin qu'elles puissent plus efficacement travailler à améliorer les services de santé de la population du Canada.

---

[1] Article 2 *a*) de la loi sur l'Association médicale canadienne.

[2] Articles 2 *b*), *c*), *e*) de la loi sur l'Association médicale canadienne.

[3] Voir volume I, chapitre 14, pp. 606 et 609.

[4] *Ibid.*, chapitre 2, pp. 29 et 30.

[5] *Ibid.*, chapitre 1, pp. 12 et 13.

CHAMPS D'ACTION DES ORGANISMES BÉNÉVOLES

Après avoir esquissé l'historique des organismes bénévoles, nous considérerons maintenant leurs domaines d'action actuels et les orientations nouvelles qui se dessinent.

Le travail des organismes de santé bénévoles comprend toujours, dans l'ensemble, les tâches suivantes: dispenser des services aux malades, éduquer le public sur les questions d'hygiène, fournir des fonds à la formation du personnel sanitaire, soutenir la recherche médicale et faire des démarches pour obtenir du gouvernement une aide accrue à certains domaines de la santé. Dans la pratique, tous ces organismes bénévoles assurent des services aux malades, la plupart s'occupent de l'éducation sanitaire du public et quelques-uns s'intéressent beaucoup à recueillir des fonds destinés à la recherche.

Services directs assurés aux malades

Les services directs que ces organismes assurent aux malades varient selon les provinces et même les régions. Nous passerons brièvement en revue les principaux secteurs où ces organismes fonctionnent, en nous attardant davantage sur ceux que toucheront probablement nos recommandations. Ces secteurs comprennent le dépistage, le diagnostic, le traitement et la réadaptation, les soins infirmiers communautaires, les services d'aides familiales, les services de transfusion, la fourniture de matériel de malade, d'équipement de soins à domicile et d'appareils, les services de transport, les foyers et les ateliers protégés.

SERVICES DE DÉPISTAGE, DE DIAGNOSTIC, DE TRAITEMENT ET DE RÉADAPTATION

Bien que les fonds publics soient maintenant mis à contribution pour financer certaines entreprises bénévoles et que dans certains cas des institutions publiques soient nées afin de prendre en charge des services auparavant assurés par des organismes bénévoles, ces derniers continuent de s'occuper du dépistage précoce des maladies. Ils s'occupent d'évaluer les diagnostics et de déterminer le nombre des invalides afin d'aviser aux services à leur assurer ou encore d'orienter le malade vers d'autres services professionnels ou publics. Ces mêmes organismes peuvent diriger des centres de traitement ou assurer d'autres moyens de réadaptation.

Le dépistage, le diagnostic et le traitement de la tuberculose de même que le diagnostic et le dépistage de la cécité demeurent l'un des champs d'action les plus importants des organismes bénévoles.

L'*Alcoholics Anonymous* travaille à atteindre ses buts en collaborant avec le personnel médical et les services de santé publique et de redressement. L'association a une méthode bien particulière pour venir en aide aux alcooliques qui s'adressent à elle; la méthode comprend cinq étapes: 1) reconnaissance par l'alcoolique qu'il est alcoolique, 2) analyse de la per-

sonnalité et catharsis, 3) rectification des relations personnelles, 4) travail de concert avec d'autres alcooliques, 5) subordination à un pouvoir supérieur. Le tableau 6-2 indique l'étendue et la répartition de l'activité de l'*Alcoholics Anonymous*.

TABLEAU 6-2 CONTRIBUTIONS DES GROUPES DE L'*ALCOHOLICS ANONYMOUS* AU BUREAU DES SERVICES GÉNÉRAUX EN 1963, AU CANADA ET PAR PROVINCE

Province	Nombre de groupes déclarés	Groupes cotisants	Montant des contributions	Membres actifs	Contribution par membre
			$		$
Terre-Neuve	10	7	256	139	1.84
Île-du-Prince-Édouard	11	5	316	198	1.60
Nouvelle-Écosse	47	25	1,028	532	1.93
Nouveau-Brunswick	30	17	528	484	1.09
Québec	210	71	1,669	3,730	.45
Ontario	346	196	8,572	4,931	1.74
Manitoba	57	31	1,826	1,155	1.58
Saskatchewan	88	53	2,311	1,020	2.26
Alberta	109	59	3,424	1,066	3.21
Colombie-Britannique	161	81	4,943	2,121	2.33
Yukon	3	1	59	24	2.46
Territoires du Nord-Ouest	3	2	36	10	3.56
CANADA	1,075	548	24,968	15,410	1.62

SOURCE: *Conference Digest, 1964, Fourteenth Annual General Service Conference of A.A.*, New York, 21-26 avril 1964.

Dans le cas des problèmes de santé pour lesquels la médecine n'a encore trouvé que des moyens de traitement ou de guérison limités ou n'en a pas trouvé du tout, ou dans le cas des affections qui laissent des suites, les programmes de santé doivent viser à utiliser les techniques disponibles afin d'apprendre aux personnes handicapées à s'accommoder au mieux de leur infirmité. Parmi ces affections se trouvent les maladies du cœur et du système respiratoire, l'arthrite et le rhumatisme, la paralysie cérébrale, la sclérose en plaques et les autres maladies qui rendent infirme. Ce sont les concepts et les techniques de la réadaptation qui interviennent particulièrement dans ce domaine.

Comme nous l'avons indiqué précédemment, les organismes bénévoles poursuivent depuis longtemps leur œuvre dans ce domaine. Malgré l'expansion des programmes publics de réadaptation, ces organismes continuent de tenir un rôle actif dans divers services. Ils s'attachent au traitement

de certaines catégories de malades et à la création de services à leur intention. Les organismes dirigent des centres de réadaptation dans les grandes villes. Bien que les hôpitaux généraux aient assumé la direction de 25 centres fondés par la Société canadienne de l'arthrite et du rhumatisme, cette dernière continue dans plusieurs parties du pays à maintenir des centres fixes et des centres mobiles. L'expansion des mobiles manifeste le souci particulier des organismes d'assurer des services aux malades qui demeurent trop loin des autres centres de réadaptation. C'est ainsi que les Sociétés provinciales pour le soin des enfants et des adultes infirmes organisent des séances spéciales de contrôle médical et diagnostique en dehors des grands centres. Les organismes continuent de contribuer en grande partie aux immobilisations des centres de réadaptation établis partout au Canada.

En plus de procurer ces services, les organismes bénévoles assument dans toutes les provinces les frais médicaux, de chirurgie et de prothèse des malades qu'ils prennent en charge. Là où le gouvernement se charge du coût des traitements, les organismes continuent d'assurer des services auxiliaires comme le transport et le logement des malades qui suivent un traitement prolongé dans un service externe ou dans un centre médical éloigné.

Enfin, les organismes ont, dans certains cas, acquis un caractère quasi officiel, comme c'est le cas de l'organisme chargé d'assurer le fonctionnement et le développement des services de réadaptation. La *Manitoba Society for Crippled Children and Adults* réunit tous ces services (sauf les services de réadaptation des tuberculeux, des aveugles, des personnes visées par la loi sur les accidents du travail et des Indiens conventionnés) et parvient à en supporter les frais grâce à la subvention accordée par le gouvernement pour la réadaptation médicale (Subventions nationales à la santé), aux fonds de la Subvention à la formation professionnelle et aux recettes provenant de la Campagne du timbre de Pâques et de la Campagne des dix sous.

SOINS INFIRMIERS COMMUNAUTAIRES

Les organismes de santé bénévoles assurent une bonne proportion des services de soins à domicile; ils assurent des services d'infirmière visiteuse aux familles, aux usines et aux gouvernements qui en ont besoin. L'Ordre des infirmières Victoria, qui assure des services de soins à domicile dans toutes les provinces sauf l'Île-du-Prince-Édouard, vient en tête dans ce domaine. Il œuvre dans des régions où 51 p. 100 de la population du Canada se trouve établie; le pourcentage varie de 25 p. 100 à Terre-Neuve à 54 p. 100 au Manitoba. Bien que la plupart de ses établissements soient situés dans des centres urbains, l'Ordre a pris des dispositions pour étendre ses services jusque dans les régions éloignées. D'autres sociétés qui dispensent des soins à domicile se concentrent, elles aussi, dans les régions urbaines. La *St. Elizabeth Visiting Nurses' Association,* de Toronto et Hamilton, ainsi que la Société des infirmières visiteuses, du Québec, en font partie. La Société des infirmières visiteuses œuvre à Montréal et dans trois autres régions, soit au près d'un million et demi de personnes.

Les infirmières de l'Ordre Victoria s'occupent des œuvres suivantes: soins à domicile aux malades et aux convalescents à leur sortie de l'hôpital; éducation prénatale individuelle et collective; surveillance sanitaire de la mère et de l'enfant après l'accouchement; et soins d'hygiène à l'école et, à temps partiel, dans les petites industries. On trouve, en outre, ces infirmières dans les sociétés de l'aide à l'enfance, les centres pour enfants infirmes et les camps du *Y.M.C.A.* L'Ordre adapte la nature et l'étendue de son œuvre aux besoins d'une société en évolution et au rôle assigné aux infirmières employées dans les organismes officiels. En 1963, les soins aux mères et aux nouveau-nés ont répondu pour 54 p. 100 de l'activité de l'Ordre, mais seulement pour 18 p. 100 du total des visites; d'autre part, les cas relevant de la médecine ou de la chirurgie ont totalisé 46 p. 100 des cas, mais 79 p. 100 des visites.

Les programmes hospitaliers d'orientation des malades ont donné à l'Ordre des infirmières Victoria l'occasion de montrer que la présence à l'hôpital d'une infirmière au courant des services et des ressources de la collectivité peut assurer la continuité des soins aux personnes sorties d'hôpital. Il y a maintenant trente-six sections de l'Ordre qui dirigent un programme hospitalier d'orientation, alors que dans certaines autres collectivités, comme à Toronto, Winnipeg, Moose Jaw, Saskatoon et Ottawa, le programme hospitalier d'orientation s'imbrique avec un programme de soins à domicile dont l'Ordre Victoria assure le service d'infirmières et, dans certains cas, assure la coordination et l'administration.

SERVICES D'AIDES FAMILIALES

Les services d'aides familiales ne sont pas des services de santé, mais, en permettant au foyer de continuer à fonctionner lorsque la maladie d'un membre de la famille menace de le paralyser, ils fournissent aux services de santé un appui des plus importants. C'est ainsi que les secours apportés à une maîtresse de maison souffrante ou invalide peut empêcher l'éparpillement des membres de la famille et le relâchement des liens affectifs. De même, le soin des oligophrènes à domicile devient plus facile grâce à l'assistance temporaire fournis aux parents. Dans plusieurs collectivités, des organismes bénévoles autres que ceux qui s'occupent principalement de la santé assurent des services de ce genre. Les organismes de service familial ou de bien-être de l'enfance travaillent aussi dans ce domaine; en effet, non seulement la maladie, mais aussi la vieillesse et l'abandon de domicile peuvent priver un foyer de l'entretien normal. A Toronto, Hamilton et Ottawa, il existe maintenant des sociétés indépendantes d'aides familiales qui visitent les foyers. La Croix-Rouge assure ce service dans 35 collectivités. En Alberta et en Colombie-Britannique, la Société canadienne du cancer maintient un service d'aides ménagères. La *Poliomyelitis Foundation,* en Alberta, emploie aussi des aides ménagères. Le gouvernement reconnaît l'importance des services d'aides familiales comme on peut le constater par la loi ontarienne qui prévoit des services d'aides familiales et d'infirmières et qui est entrée en vigueur en août 1958.

SERVICES DE TRANSFUSION DE SANG DE LA CROIX-ROUGE

Le Service de transfusion de sang représente une vaste association coopérative nationale des gouvernements, des universités, des hôpitaux et d'un organisme national bénévole, la Société canadienne de la Croix-Rouge. Avec l'ouverture d'un nouveau dépôt dans la ville de Québec en novembre 1961, le rayon d'action du service de transfusion de sang s'est étendu à tout le pays.

Le programme, qui a été approuvé en 1949 par l'Association médicale canadienne, est organisé sur les bases suivantes: les gouvernements provinciaux assurent et entretiennent des locaux, la Société fournit le personnel technique et le matériel nécessaire et les *Connaught Medical Research Laboratories* reçoivent et transforment en plasma le sang qui n'a pas été utilisé 10 à 14 jours après la collecte. Le sang donné par les Canadiens est dispensé aux malades dans les hôpitaux canadiens. Le fonctionnement du service comprend les points suivants: 1° établissement de dépôts provinciaux de transfusion de sang, 2° recrutement et contrôle des donneurs bénévoles et collecte du sang, 3° approvisionnement des hôpitaux en sang et en sang frais, 4° produits et fractions protéiques du sang, 5° service gratuit de test prénatal du facteur Rh accompagné de recherches sérologiques complètes, 6° approvisionnement du ministère fédéral et des ministères provinciaux de la Santé en gamma-globuline pour la lutte contre les maladies infectieuses, et plus particulièrement l'hépatite infectieuse, 7° services assurés aux forces armées, 8° services assurés au bénéfice des programmes de la protection civile, 9° recherches et, 10° accord avec la Croix-Rouge nationale américaine qui permet aux touristes américains de recevoir gratuitement du sang au Canada et, réciproquement, aux résidents canadiens de recevoir gratuitement du sang dans les hôpitaux américains.

L'étendue des ressources de la population auxquelles un organisme bénévole peut faire appel est démontrée par les données suivantes: en 1962, il s'est tenu 4,491 séances de collecte auxquelles ont participé 795,226 donneurs de sang. Selon le tableau 6-3, environ 750,000 bouteilles de sang ont été recueillies en 1962. On a utilisé aussi plus de produits de fractionnement

TALEAU 6-3 SÉANCES DE COLLECTES DE SANG: BOUTEILLES RECUEILLIES ET TRANSFUSIONS, AU CANADA, 1960 À 1962

Année	Bouteilles	Transfusions (malades)
1960	668,684	227,997
1961	679,319	242,484
1962	744,006	271,686

SOURCE: Ces chiffres proviennent du Rapport de 1962 de la Société canadienne de la Croix-Rouge, Toronto, pp. 56 et 57.

de sang. De 1961 à 1962, la quantité de ces produits utilisés par les hôpitaux et la quantité de gamma-globuline distribuée ont presque doublé, passant de 4,481 à 8,302 ampoules.

MATÉRIEL DE MALADE, MATÉRIEL DE SOINS À DOMICILE, APPAREILS

L'amélioration de la technique des soins et des méthodes de réadaptation des malades chroniques, jointe à la tendance de plus en plus marquée de se faire soigner à domicile, ont provoqué l'expansion rapide du matériel utilisé par les malades. Les malades soignés à domicile peuvent avoir besoin de lits d'hôpital, de fauteuils roulants, de béquilles, de chariots roulants, d'élévateurs, matériel de salle de bains, etc.

Les services bénévoles se sont fixé la tâche de procurer aux malades la plus grande partie du matériel qui leur est nécessaire. Autrefois, le rôle des pouvoirs publics se bornait généralement à inscrire à l'assistance publique les personnes pauvres, mais, depuis quelque temps, il est possible de porter aide aux personnes qui ont droit à des secours en vertu de la loi concernant le rétablissement professionnel des personnes invalides, promulguée en 1962, et aux victimes de la thalidomide. Une disposition de la loi permet aux invalides d'obtenir le matériel qui les rendra économiquement utiles, mais la loi ne s'applique pas aux enfants, aux vieillards ni aux personnes qui souffrent de maladies progressives. Ces catégories de personnes sont fort aidées par les services bénévoles.

Le Service de prêt de matériel de malade de la Croix-Rouge, qui a eu pour modèle le *Loan Cupboard* de la Croix-Rouge anglaise, fournit, en cas d'urgence et pour une période maximum de trois mois, des lits d'hôpital, des béquilles, des fauteuils roulants et divers autres articles. Les malades qui n'ont pas les moyens de se procurer autrement ces articles, peuvent les emprunter gratuitement sur la recommandation d'un médecin ou d'une infirmière de l'extérieur. Ce service très utile n'intervient qu'en cas d'urgence et pour une période limitée seulement; ce qui pose un problème aux malades chroniques et aux médecins, infirmières, assistants sociaux et physiothérapeutes qui les soignent, attendu qu'il n'y a pas au Canada de matériel communautaire de malade à la disposition des malades qui peuvent ou qui doivent être soignés à domicile. La Société du cancer renvoie fréquemment des malades au Service et, conséquemment, prend à sa charge les malades qui ont besoin plus longtemps du matériel. Dans certaines localités, la Société canadienne du cancer tient du matériel à la disposition des malades.

Grâce à des fonds recueillis sur place, la Société de la sclérose en plaques fournit aux malades, sous forme de prêt permanent, des béquilles, des fauteuils roulants, des chariots élévateurs pour invalides, des lits d'hôpital et autres articles; la Société assure aussi la réparation du matériel. Grâce à l'appui d'institutions telles que la Légion canadienne, la Croix-Rouge, les clubs Kiwanis, Rotary et Kinsmen, l'Association canadienne de paraplégie fournit des fauteuils roulants et autre matériel. Les services assurés aux mala-

des par l'Association de la dystrophie musculaire comprennent l'achat et la réparation de fauteuils roulants, d'accessoires mécaniques, de chariots élévateurs et d'appareils orthopédiques. En certains endroits, le bureau provincial de l'Association s'efforce de prêter assistance aux malades des endroits où il n'y a pas de section locale et, pour ce faire, elle recourt parfois à l'entremise des autorités de la santé publique.

La *Cystic Fibrosis Foundation* procure à ses membres, à des prix fort réduits, les tentes et les masques que nécessite la thérapie par les inhalations. Le bureau national vend les tentes aux groupements provinciaux et à deux institutions qui agissent dans ce même domaine mais qui ne sont pas affiliées à l'organisme national. La *Foundation* a réussi à obtenir la remise des droits de douane et des taxes de vente; elle assure le transport, la réparation et l'entretien du matériel. Les parents paient une partie des frais selon leurs moyens et le reste est acquitté par des particuliers ou des groupements bienfaiteurs. Les avantages qui découlent de l'adhésion à l'œuvre sont manifestes à cause des dépenses interminables auxquelles les parents doivent s'astreindre pour procurer de coûteux antibiotiques à leurs enfants.

A la suite de visites à domicile effectuées par les physiothérapeutes, la Société canadienne de l'arthrite et du rhumatisme a été en mesure d'adapter le matériel aux besoins de chaque malade. Consciente des problèmes que posent aux personnes handicapées les occupations de la vie quotidienne et soucieuse des prix souvent exorbitants des articles vendus dans le commerce tels que les rampes, les attelles et les sièges de toilettes surélevés, la Société donne des conseils sur la façon de prendre les mesures et de construire à peu de frais des articles improvisés.

SERVICES DE TRANSPORT, FOYERS, ATELIERS PROTÉGÉS

Il y a certains services qui ne sont pas directement rattachés à la santé, mais dont, souvent, dépend néanmoins l'efficacité des services de santé. Parmi ces services figurent les moyens de transport des malades (soit fournis directement, soit payés), les foyers et les ateliers protégés. Dans tous ces services, les œuvres bénévoles jouent un rôle très important.

Nous avons déjà fait allusion aux services de transport et aux foyers. Nous désirons ici attirer l'attention sur le concours que les malades, affligés d'infirmités qui nécessitent des traitements périodiques, demandent aux organismes de santé bénévoles. Par exemple, dans le cas du traitement du cancer, nombreux sont les malades qui ne peuvent supporter les frais d'un séjour prolongé dans des centres de radiothérapie éloignés, tandis que le problème du transport peut se poser même si le malade réside dans la région. La Société canadienne du cancer et les différentes œuvres provinciales qui adhèrent au Conseil canadien pour les adultes et les enfants infirmes assurent le transport aux groupements qu'elles servent. L'Association ambulancière Saint-Jean du Nouveau-Brunswick a créé un service dit «Programme de transport des invalides». A l'origine, le programme était destiné aux régions rurales non desservies par les entreprises ambulancières à but lucratif, mais, plus tard,

les trois villes les plus importantes et certaines localités plus petites ont demandé l'établissement du service.

Une œuvre pilote a été mise sur pied dans une localité de 1,500 habitants. Des travailleurs bénévoles de divers organismes de tout le pays continuent d'assurer le transport des personnes qu'ils servent, mais d'une façon moins officielle. En certaines circonstances, quand le transport des malades de régions éloignées n'est pas couvert par les programmes gouvernementaux, des organismes bénévoles en font les frais.

Il faut assurer le logement des malades qui ont fait un long trajet pour suivre un traitement, mais dont l'état n'exige pas qu'ils occupent un lit d'hôpital de traitement actif. La Société canadienne du cancer a établi des foyers qui se spécialisent dans la construction et l'aménagement provisoire de locaux destinés aux cancéreux ambulants. On a construit des foyers à Vancouver, Toronto, Hamilton et London, et le coût de leur fonctionnement est couvert par les malades ou par les subventions des autorités locales et des organismes bénévoles dans le cas des malades qui manquent de moyens. De même, l'Association canadienne d'hygiène mental et l'Association canadienne pour les enfants arriérés aussi bien que d'autres organismes bénévoles encouragent ou même assurent l'établissement, à proximité des centres de traitement urbains, de petites habitations indépendantes pour les malades mentaux et les invalides.

Le besoin de créer une maison de transition pour ceux qui retournent à l'activité économique régulière et l'inaptitude de nombreuses personnes à mener une vie active normale ont amené l'établissement d'institutions dirigées presque exclusivement par des organismes bénévoles et dites ateliers protégés dont le rôle consiste à compléter l'enseignement des écoles spéciales et des instituts de formation professionnelle. En 1962, il existait environ 200 établissements de ce genre au Canada. Les services de ces ateliers peuvent prendre des formes très variées, telles que des écritures et de légers travaux de montage pour le compte d'autres entreprises, la remise en état pour fin de revente d'articles de ménage autrement inutilisables et la fabrication de menus objets. Certains ateliers assurent des services d'évaluation et de préparation professionnelles en vue de l'adaptation préalable au travail. Souvent, ils procurent aussi un emploi protégé terminal pour ceux qui sont tellement désavantagés physiquement ou mentalement que jamais ils ne pourraient s'attendre à obtenir un emploi normal. En de nombreux cas, les ateliers protégés ont été établis pour des adolescents arriérés ou autrement handicapés, ou pour de jeunes adultes qui ne peuvent plus fréquenter les écoles spéciales. Le tableau 6-4 indique, par catégorie et par province, la répartition des ateliers protégés au Canada d'après les plus récentes données dont on dispose. Le taux rapide d'accroissement de ces organismes est manifeste quand on compare les 60 ateliers (nombre approximatif) de 1960 au 141 ateliers de 1963. L'accroissement le plus rapide et le plus marquant a été obtenu dans le cas de l'Association canadienne pour les enfants arriérés qui, à présent, a plus d'ateliers que ceux de la catégorie des aveugles ou de la catégorie générale et communautaire.

Les tableaux 6-4 et 6-5 indiquent une partie des services rendus par les organismes bénévoles afin d'aider les personnes qui sont complètement invalides à devenir des membres actifs de la société pour autant que leur invalidité le leur permette. Ces organismes ne sont que quelques-uns de ceux qui s'occupent de l'assistance aux invalides. On peut tout de même se rendre compte de l'intérêt grandissant que les Canadiens portent à cette œuvre valable.

TABLEAU 6-4 LISTE, PAR CATÉGORIE, DES ATELIERS PROTÉGÉS SOUS LES AUSPICES D'ORGANISMES BÉNÉVOLES AU CANADA ET DANS LES PROVINCES, EXERCICE FINANCIER SE TERMINANT LE 31 MARS 1963

Province	Entreprises industrielles et commerciales	Institutions générales et communautaires	Aveugles	Arriérés mentaux	Total
Terre-Neuve	—	—	1	—	1
Île-du-Prince-Édouard	—	—	—	1	1
Nouvelle-Écosse	11	—	—	1	12
Nouveaux-Brunswick	—	—	1	—	1
Québec	1	11*	11†	5	28
Ontario	—	17‡	15	30[a]	62
Manitoba[b]	—	4[c]	3	2	9
Saskatchewan	—	4[d]	2	5	11[e]
Alberta	—	3	2	2	7
Colombie-Britannique	—	2[f]	5	2	9
CANADA	12	41	40	48	141

* A Montréal principalement.

† Deux ateliers de l'Institut national canadien pour les aveugles, un de l'Association des aveugles de Montréal, un de l'Association canadienne-française des aveugles, et un de l'Institution des aveugles.

‡ Dix centres établis sous les auspices de la *March of dimes.*

[a] Un atelier de l'Association canadienne pour les enfants arriérés assure des services à tous les handicapés.

[b] Au Manitoba, il y a un comité (*Workshop Co-ordinating Committee*) qui coordonne les travaux des différents organismes.

[c] La Société pour les enfants et les adultes infirmes.

[d] L'Armée du salut, le Conseil pour les adultes et les enfants infirmes.

[e] En Saskatchewan, l'Association canadienne pour les enfants arriérés et le Conseil canadien pour les adultes et les enfants infirmes ont un atelier commun.

[f] Un atelier de la *Foundation for Poliomyelitis and Rehabilitation* de la Colombie-Britannique.

SOURCE: Ces données proviennent d'une liste préliminaire des installations d'emploi protégé établie par le ministère du Travail et communiquée par le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.

TABLEAU 6-5 SERVICE D'ALIMENTATION DE L'INSTITUT NATIONAL CANADIEN POUR LES AVEUGLES, SECTION NATIONALE ET SECTIONS PROVINCIALES; NOMBRE DE PERSONNES EMPLOYÉES ET TOTAL DES VENTES, ANNÉE FINANCIÈRE TERMINÉE LE 31 MARS 1963

Division	Nombre de comptoirs	Nombre d'employés aveugles inscrits	Total des ventes (milliers de dollars)
Terre-Neuve	17	29	501
Provinces Maritimes	55	73	1,027
Québec	39	54	1,720
Ontario	190	228	7,014
Manitoba	35	43	878
Saskatchewan	21	36	442
Alberta	38	64	958
Colombie-Britannique	56	77	1,309
CANADA	451	604	13,849*

* Les gains des employés aveugles inscrits à temps partiel et à temps plein s'élèvent à $1,100,000.

SOURCE: «Liste provisoire des installations d'emploi protégé au Canada», établie par le ministère du Travail et communiquée par le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.

Recherches et formation du personnel sanitaire

Au cours des dernières années, l'activité des organismes bénévoles a commencé à s'exercer de façon remarquable dans un domaine particulier, qui est l'encouragement de la recherche médicale et la formation du personnel affecté à la recherche. Le chapitre 4 traite de ce sujet et renferme des recommandations pertinentes. Nous voudrions ici parler brièvement des recherches et du travail des organismes bénévoles en ce qui regarde la formation des praticiens du domaine sanitaire.

RECHERCHES

Le but principal de plusieurs organismes bénévoles est de soutenir la recherche médicale. En 1961, la *Canadian Heart Foundation* a assigné une somme de $998,107 à son programme de bourses et de subventions; l'Association canadienne de dystrophie musculaire a fourni $279,822 et, en 1963, elle a soutenu 44 œuvres au coût de $325,687; la Société canadienne de la sclérose en plaques a dépensé $70,023; en 1960, la Société canadienne du cancer a consacré à la recherche $2,053,000, soit 47.2 p. 100 de son budget.

En outre, certains organismes qui autrefois s'occupaient surtout du soin, de la réadaptation ou de l'éducation des malades contribuent maintenant aux recherches. Ainsi, la *C.A. Baker Foundation* de l'Institut national canadien pour les aveugles a affecté $75,000 à la recherche en

1963. L'Association canadienne d'hygiène mentale, qui a lancé cinq projets de recherche importants entre 1959 et 1963, a à son service un directeur des fonds de recherches qui administre le programme. Les sommes affectées à la recherche en 1963 ont été de $26,299. L'Association canadienne antituberculeuse est en train d'élaborer un programme de recherches à long terme et propose à ses divisions provinciales d'affecter à cette fin jusqu'à 5 p. 100 des revenus de la vente des timbres de Noël. En 1963, la *Canadian Cystic Fibrosis Association* a lancé une campagne destinée à recueillir un montant de $10,000 voué à des recherches sur la génétique. Un nouvel organisme, la *Rehabilitation Foundation for the Disabled,* section de l'Ontario, a consacré $10,000 sur ses fonds réguliers à la recherche et a obtenu $45,000 de l'*Atkinson Foundation* afin d'étudier une méthode de formation préprofessionnelle au bénéfice des enfants gravement handicapés. La Société canadienne d'hémophilie participe à des recherches cliniques et fait faire des études sur le rapport entre la fragilité capillaire et le saignement.

LA FORMATION DU PERSONNEL SANITAIRE

Nous avons parlé brièvement au chapitre 4 de l'aide que différents organismes bénévoles assurent à la formation de chercheurs sanitaires qui veulent se consacrer à la recherche sanitaire. En plus de contribuer à la formation d'un personnel de recherche, les organismes bénévoles ont élaboré un vaste programme de formation d'autres personnes qui sont intéressées à travailler également dans le domaine de santé.

Parmi les organismes qui ont accordé une aide financière à des médecins qui désirent se spécialiser dans le domaine propre à l'organisme concerné, on remarque la Société canadienne du cancer, la Société canadienne de l'arthrite et du rhumatisme et l'Association canadienne des diabétiques. De son côté, la Ligue d'hygiène dentaire, avec l'aide du gouvernement, a contribué à la formation universitaire de dentistes praticiens dans le domaine de l'hygiène dentaire. La Société canadienne du cancer et la Société canadienne de l'arthrite et du rhumatisme ont aussi octroyé des sommes d'argent à la formation de physiothérapeutes et de techniciens. La Fondation pour la poliomyélite du Québec et de la Colombie-Britannique a accordé des subventions à des écoles supérieures de réadaptation et de physiothérapie.

Chaque année, l'Ordre des infirmières Victoria décerne environ 50 bourses d'entretien dont les bénéficiaires s'engagent à travailler pendant une année à un poste qui leur est assigné par le bureau national. On a accordé des subventions aux infirmières qui désirent poursuivre des études avancées dans le domaine de l'administration, de la direction et de la réadaptation. En 1961, 47 p. 100 des membres du personnel de l'organisme qui jouissent d'une formation de spécialiste ont reçu des bourses de l'Ordre. Il ne fait aucun doute que si l'Ordre possède un personnel nombreux et compétent, cela est dû principalement à son programme de bourses. En 1960, un montant de $46,748 a été distribué et, en 1961, la somme s'est

élevée à $49,138. En 1960, l'Association ambulancière Saint-Jean a établi les bourses d'entretien *Countess Mountbatten* afin de venir en aide aux infirmières qui poursuivent des études supérieures ou qui se spécialisent dans un domaine particulier. A la fin de 1962, l'Association avait reçu $23,730 en faveur de ces bourses et elle avait dépensé $4,556. Le *Margaret MacLaren Memorial Fund* est un organisme national établi pour distribuer des bourses aux étudiantes infirmières. On accorde la priorité aux candidates qui ont participé au travail de l'Ambulance Saint-Jean, mais les autres sont admissibles. Quatre bourses ont été accordées en 1964.

L'appui que l'Association canadienne antituberculeuse apporte à la formation professionnelle comprend la distribution de livres, de périodiques et de brochures. Également, elle soutient financièrement la *Canadian Thoracic Society*. L'Association canadienne d'hygiène mentale a collaboré à la formation professionnelle de plusieurs façons différentes. Un sous-comité du Conseil scientifique de planification de l'Association a rédigé un certain nombre de projets de rapport sur les services psychiatriques au cours des dernières années[1]. Le rapport final, intitulé *More for the Mind,* a été publié. L'Institut canadien des services d'hygiène mentale patronné par l'Association canadienne de psychiatrie et aidé des subventions à l'hygiène mentale, a réuni un comité composé de 150 délégués afin d'étudier les projets. Le rapport du comité a suscité un intéressant dialogue entre les membres de la profession et a préparé le terrain pour le congrès national de mars 1964, tenu sous les auspices de l'Association canadienne d'hygiène mentale, de l'Association canadienne de psychiatrie, et de l'Association médicale canadienne. La question à l'ordre du jour a été l'intégration de la psychiatrie dans tous les domaines de la pratique médicale.

L'Association canadienne pour les enfants arriérés, à cause de l'intérêt qu'elle porte à la formation de spécialistes qui s'occupent des enfants arriérés, a encouragé dans leur travail certaines institutions telles que le *Children's Psychiatric Research Centre,* de London (Ontario). Comme œuvre du Centenaire, l'Association pour les enfants arriérés de Montréal a entrepris la construction, au coût de $300,000, d'un *Education, Research and Staff Training Centre.* La Division de la Saskatchewan a décidé de patronner une chaire d'arriération mentale à l'Université de la Saskatchewan; cette chaire fait partie de la section de la recherche sur les chromosomes. En Nouvelle-Écosse, l'Association projette de construire un *Atlantic Centennial Research Centre for Mental Retardation,* où l'on se spécialisera dans les aspects biochimiques et génétiques de l'arriération mentale. D'autres divisions provinciales ont entrepris des programmes modèles au sein de la collectivité. L'Association a aussi un programme permanent de recrutement et de perfectionnement du personnel qualifié, ce qui est une autre façon d'élever le niveau professionnel de ceux qui s'occupent d'arriération mentale. En décembre 1963, l'Association a convoqué une réunion nationale des spécialistes de

[1] Tyhurst et autres, *More for the Mind, A Study of Psychiatric Services in Canada,* Toronto, Association canadienne d'hygiène mentale, 1963.

l'arriération mentale, tant dans le domaine de la recherche que dans celui de l'enseignement, afin d'élaborer des projets.

Le Conseil canadien de l'alcoolisme[1] se rend compte du besoin qu'il y a de faire connaître les derniers progrès en ce qui regarde le traitement des alcooliques et la formation des médecins, des assistants sociaux, des psychologues, des avocats, du clergé et des infirmières, si l'on veut que ces derniers remplissent bien leur rôle dans le domaine de l'alcoolisme. L'*Alcoholism Research Foundation* de l'Ontario a rédigé un manuel de renseignements scientifiques à l'usage des conférenciers et, à la demande du ministère ontarien de l'Éducation, elle a publié une brochure à l'usage spécialement des professeurs d'éducation physique et d'hygiène dans les écoles secondaires.

Information du public, enseignement de l'hygiène et premiers soins

L'enseignement de l'hygiène, au sens le plus large du terme, a toujours fait partie des services médicaux donnés à titre personnel. Le médecin, le dentiste et l'infirmière ont toujours conseillé et renseigné le malade sur sa santé en même temps qu'ils le traitent ou le prémunissent contre la maladie. Déjà, dans le domaine de l'hygiène publique, on voyait souvent les fonctionnaires appliquer des mesures d'hygiène selon leurs propres connaissances de ce qui était utile à la population et en recourant au besoin, à la force légale[2]. Cette façon d'agir était compréhensible à une époque où on ne considérait les individus que comme des obstacles possibles à la mise en œuvre de mesures préventives rudimentaires au bénéfice de la collectivité. Aujourd'hui, on se rend bien compte que les mesures nécessaires à une bonne hygiène ne peuvent être imposées à la population; il faut au contraire amener les gens à reconnaître la nécessité de ces mesures afin qu'eux-mêmes, leur famille et la collectivité en bénéficient. C'est un défi pour chacune des collectivités que de parvenir à éduquer la population en matière d'hygiène. Ce défi, les organismes de santé bénévoles ont entrepris de le relever. L'activité des organismes bénévoles dans le domaine de l'hygiène consiste à enseigner les premiers soins, le soin des malades à domicile et le soin des enfants et à élaborer des programmes éducatifs destinés au grand public et aux groupements professionnels pour la prévention des maladies et la diffusion de renseignements sur l'hygiène et la sécurité.

La Société canadienne de la Croix-Rouge et l'Association ambulancière Saint-Jean se partagent la tâche d'enseigner les soins à domicile et les premiers soins, afin que la population soit prête à toute éventualité. L'Association assure des cours de soins à domicile et de puériculture aux adultes et aux jeunes. De plus en plus, dans ces cours, on attache de l'importance aux aspects positifs de l'enseignement de l'hygiène, à la prévention des

[1] Le Conseil canadien de l'alcoolisme représente l'*Alcoholism Foundation of British Columbia*, l'*Alcoholism Foundation of Alberta*, le *Bureau on Alcoholism* du ministère du Bien-être social et de la Réadaptation de la Saskatchewan, l'*Alcoholism Foundation of Manitoba*, l'*Alcoholism and Drug Addiction Research Foundation of Ontario*, la Fédération des Maisons Domrémy du Québec et la *Nova Scotia Alcoholism Research Commission*.

[2] John J. Hanlon, *Principles of Public Health Administration*, 3e édition, St. Louis, *C. V. Mosby Company*, 1960, p. 402.

accidents et à la sécurité à domicile, de même qu'aux moyens élémentaires de prendre soin des blessés et des malades[1]. Afin que la population du Canada soit prête à toute éventualité, l'Association est aussi chargée de cours de secourisme, sauf dans l'Île-du-Prince-Édouard et dans certaines parties de l'Ontario où la Société canadienne de la Croix-Rouge s'en occupe depuis 1951. Environ 3,000 moniteurs donnent des cours de secourisme, de soins à domicile et de puériculture. En outre, l'Ambulance Saint-Jean fournit des services de secourisme par l'entremise de 174 postes de secours établis dans cinq provinces, à savoir la Colombie-Britannique, la Saskatchewan, le Manitoba, Terre-Neuve et l'Ontario. Dans une de ces provinces, l'Association assure seule ce service; dans trois autres, elle collabore avec des ligues provinciales d'automobilistes. La Brigade ambulancière Saint-Jean aménage et dote en matériel et en personnel des postes de secours à des foires, des expositions, des rencontres sportives organisées et à des stations de ski. L'Association entretient 33 postes de secours. La Société de la Croix-Rouge dirige un programme de sécurité de l'onde et forme des moniteurs qui mettent en œuvre le programme dans les collectivités de tout le pays avec l'aide de volontaires qui assistent les moniteurs réguliers aux piscines, dans les centres de loisirs et aux piscines pour les handicapés.

Les accidents ne sont qu'un des grands problèmes d'ordre sanitaire. Si, dans la plupart des cas, c'est la science médicale qui apporte une solution, la prévention des accidents dépend en grande partie de l'application de la loi, du sens du devoir que chacun doit posséder et de la connaissance des mesures de sécurité. On peut donc s'attendre que les efforts bénévoles auront le plus de résultats immédiats dans la prévention des accidents qu'en tout autre domaine. Le but du Conseil canadien de la sécurité routière[2] est la réduction du nombre d'accidents d'automobile[3]. Il prend l'initiative de la législation à ce sujet, renseigne la population, préconise des mesures de sécurité telles que l'usage des ceintures de sécurité, l'étude des véhicules et des routes en fonction de la sécurité et il voit à la prévention des accidents en général. Le Conseil soutient financièrement la Ligue nationale de sécurité du Canada et la Fondation de recherches sur les accidents de la route.

La Ligue nationale de sécurité s'acquitte de quelques-unes de ses fonctions conjointement avec le conseil canadien de la sécurité routière, principalement en matière de sécurité au foyer, à la ferme, de l'enfant et dans les divertissements. L'Association pour la prévention des accidents de travail, l'Association canadienne de la sécurité industrielle et plusieurs grands organismes provinciaux ou industriels assistent les ministères provinciaux de la Santé et les commissions des accidents de travail en matière de sécurité

[1] En 1961, la Croix-Rouge a compté 8,442 personnes et l'Association ambulancière Saint-Jean environ 8,300 qui ont suivi leurs cours de soins à domicile.

[2] Le Conseil poursuit le travail entrepris par le Congrès national de la sécurité routière, tenu pour la première fois en 1955.

[3] De 1961 à 1963, le nombre de décès dus à des accidents d'automobile au Canada a augmenté de 562 pour atteindre le chiffre de 4,444; le taux pour 100,000 habitants s'est élevé de 21.3 en 1961 à 23.6 en 1963. Le coût des services de santé occasionnés par tous les accidents a été de près de 75 millions en 1961. Voir le volume I, chapitre 5, p. 218.

industrielle. La Croix-Rouge et l'Association ambulancière Saint-Jean donnent également des conseils de sécurité et de premiers soins.

L'Institut national canadien pour les aveugles a un programme actif de prévention de la cécité; il diffuse des renseignements par les différents moyens d'information des masses et par les clubs *Wise Owl*[1] qui sont maintenant établis dans 432 compagnies canadiennes. La Ligue canadienne de santé s'occupe de sécurité industrielle en publiant des brochures en matière d'hygiène du travail.

Parce que les accidents sont une cause majeure de blessures, de décès et de demande de soins médicaux[2], il est important que les organismes qui s'occupent de la prévention des accidents participent au travail des conseils de planification dont nous traitons dans les chapitres 7 et 8, tout comme les autres organismes de santé bénévoles.

La Commission recommande:

223. Que les organismes s'occupant de prévention des accidents participent au travail des conseils de planification de la santé aux divers niveaux, et en particulier en ce qui a trait aux mesures destinées à prévenir les accidents de la route.

Il y a d'autres organismes bénévoles qui mènent des campagnes intensives d'enseignement de l'hygiène. Un exemple de cet enseignement de l'hygiène est le travail du service de directives et d'assistance aux parents de l'Association canadienne pour les enfants arriérés. On s'est assuré l'appui de la collectivité en faisant comprendre la nature et l'étendue du problème au moyen d'un programme qui s'emploi à distribuer des brochures et des films et à envoyer des conférenciers sur place. Il est déclaré dans la description du service d'information publique de la Société canadienne de l'arthrite et du rhumatisme qu'il vise à stimuler l'intérêt et la compréhension du public en ce qui concerne l'arthrite et les fonctions de la Société. Elle se sert de divers moyens à cette fin. Elle fait connaître les signes avant-coureurs afin de porter les gens à consulter le médecin et à se faire traiter. Les imprimés et les films de la Société s'adressent à ses membres et à ses amis, au public en général, ainsi qu'aux médecins de famille et aux spécialistes en rhumatologie ou en physiatrie auxquels elle distribue également des lames pathologiques et cliniques.

L'Association de dystrophie musculaire publie un journal trimestriel intitulé *Muscular Dystrophy Reporter*. Les 47 professeurs à domicile de l'Institut national canadien pour les aveugles assurent un service d'enseignement d'hygiène à ceux qui ont une vue partielle et aux aveugles dont la cécité est récente, de même qu'à leurs familles.

L'enseignement de l'hygiène figure en premier lieu au programme de l'activité de l'Association canadienne des diabétiques. Cette sphère d'acti-

[1] Les clubs *Wise Owl* ont été fondés de concert avec le Conseil de sécurité industrielle en 1961. L'adhésion est accordée à titre de récompense à une personne qui, en prenant des précautions, a prévenu des lésions aux yeux.

[2] Voir volume I, chapitre 5.

vité est multiple: conseils donnés sur la façon de suivre un régime d'amaigrissement, conduite de camps d'été où l'on tente d'établir les régimes appropriés, clubs de diabétiques, publication de manuels, réunions d'enseignement et publication d'un bulletin trimestriel; l'Association a également mis sur pied une école pour diabétiques à Moncton (Nouveau-Brunswick). L'Association canadienne de paraplégie s'applique à démontrer que le paraplégique est capable de compenser son infirmité en usant de son intelligence et en développant ses autres moyens. Des équipes athlétiques ont contribué à renseigner le public sur les possibilités des handicapés. L'Association canadienne d'hygiène mentale a accompli une œuvre remarquable en faisant connaître les principes de l'hygiène mentale et en enlevant quelques-uns des préjugés entretenus au sujet des maladies mentales; les organes de diffusion l'y ont aidé mais elle a bénéficié du concours de colloques d'hygiène mentale, de groupes d'étude et de bénévoles qui, chaque jour, font disparaître des préjugés au sujet des hôpitaux pour maladies mentales.

La Société canadienne du cancer a comme objectif, dans son programme de prévention du cancer, de faire connaître au public les symptômes qui peuvent être le signe du cancer et de pousser les médecins à faire l'examen cytologique de leurs clients. On peut juger du succès des programmes éducatifs de la Société par les résultats d'enquêtes d'opinion qui ont indiqué que, parmi les femmes interviewées, la proportion de celles qui savaient que le cancer n'est pas nécessairement incurable est passé, pendant la période 1954-1960, de 63 à 71 p. 100; au cours de la même période, la proportion de gens qui ont reconnu la nécessité de se faire soigner dès les premiers symptômes a crû de 80 à 87 p. 100. Actuellement, la Société s'emploie à faire connaître les dangers de la cigarette. L'enseignement de l'hygiène dans ce domaine exige une coopération étroite entre les organismes de santé et les organismes d'enseignement quant à leur programme d'action de même que l'action d'organismes bénévoles auprès des jeunes gens qui sont vulnérables aux dangers de la cigarette. Il faut que des techniques plus élaborées d'éducation soient apprises et appliquées précisément afin d'amener les gens à modifier leur comportement.

La Société canadienne d'hémophilie publie un bulletin intitulé *Hemophilia Today* qui donne des nouvelles sur l'activité de l'organisation et sur l'actualité dans le domaine de l'hémophilie. En 1963, la Société a convenu avec le Conseil canadien de la réadaptation des invalides que le conseil commencerait bientôt à recueillir des renseignements et à planifier des projets de recherches. La *Canadian Heart Foundation* fournit des renseignements d'ordre non technique au public en général par l'intermédiaire du bulletin mensuel *Pulse* de même qu'au moyen de conférenciers, de brochures, d'annonces à la radio et à la télévision; elle distribue des imprimés par l'intermédiaire des ministères provinciaux de la Santé et du Bien-être social. Il n'existe pas de service assuré directement aux malades; en conséquence, aucun programme d'enseignement de l'hygiène ne les vise directe-

ment. La Ligue d'hygiène dentaire de la province de Québec, fondée en 1942 à titre de comité du Collège québécois des chirurgiens-dentistes, consacre son programme à l'avancement de l'hygiène dentaire et à la prévention des maladies dentaires. Elle s'applique à éduquer les personnes qui sont censées jouer un rôle important dans le maintien de la santé des enfants: les infirmières, les mères de famille et les professeurs.

Quoique la plupart des organismes de santé bénévoles emploient des gens pour s'occuper de publicité ou de relations publiques, très peu emploient des spécialistes de l'enseignement de l'hygiène. Un conseiller en enseignement de l'hygiène fait partie du personnel de l'Association canadienne antituberculeuse depuis 1943. L'Association antituberculeuse de l'Ontario, l'Association canadienne d'hygiène mentale, la *British Columbia Alcoholism Foundation* et la Croix-Rouge canadienne cadette emploient des spécialistes de l'enseignement de l'hygiène à titre de directeurs généraux ou de directeurs des programmes.

La Ligue canadienne de santé continue de poursuivre son but principal qui est d'enseigner l'hygiène à la population en matière de prophylaxie. Sa publication principale, *Health,* paraît deux fois par mois, en partie en français, et a un tirage d'environ 35,000 exemplaires, dont 12,000 sont distribués à des médecins. L'Association canadienne des assureurs-vie envoie gratuitement la publication à tous les omnipraticiens du pays.

La Ligue, dont la tâche se situe avant tout dans le champ de l'enseignement, a continuellement fait des campagnes dans le but d'améliorer la législation en matière d'hygiène. Elle a influencé le gouvernement dans l'adoption de lois rendant générale au Canada l'application de la pasteurisation du lait et elle a prise une position déterminée sur la question de la fluoruration et de l'hygiène dentaire.

SOURCES ET RÉPARTITION DES FONDS

Une analyse du système financier des organismes de santé bénévole ne peut être qu'incomplète. Plusieurs organismes provinciaux n'ont pu fournir de données financières et plusieurs autres n'ont pu communiquer que des données sommaires. Il en résulte que les données relatives aux sources et à la répartition des fonds des organismes bénévoles présentées ici sont incomplètes. Elles portent, toutefois, sur les grands organismes du Canada et indiquent, conséquemment, l'importance de l'aide fournie par les Canadiens. Il faut attirer l'attention sur le fait que la plupart des organismes de santé bénévoles n'ont pas de comptabilité normalisée et qu'il est difficile de faire des comparaisons entre les institutions à cause de leur mode divers de déclaration. Nous croyons, toutefois, que les données montrent assez bien l'affectation des fonds des organismes bénévoles en 1963.

Sources des fonds

Les organismes bénévoles tirent leur revenu d'une variété de sources: dons directs du public et collectes des conseils et fédérations d'œuvres[1]; versements faits par les gouvernements pour services rendus; subventions gouvernementales; dons faits par le public pour des soins reçus; intérêts des placements; et autres sources moins importantes.

Le gouvernement fédéral octroie des subventions à un certain nombre d'organismes bénévoles. Comme l'indique le tableau 6-6, 16 organismes ont bénéficié en 1963 de subventions dont le montant a varié de $1,400 à $55,000. L'aide du gouvernement fédéral aux organismes bénévoles dépend d'une recommandation du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social. L'organisme voit ainsi que l'on reconnaît l'utilité de son action. La recommandation lui sert également dans les campagnes de collecte de fonds auprès du public. En plus de leur valeur monétaire, ces subventions contribuent ainsi au prestige de l'organisme. Le gouvernement fédéral, une fois qu'il a accordé ces subventions, les renouvelle, selon qu'il le juge à propos, après examen des rapports annuels des organismes. La *Canadian Heart Foundation* et l'Institut national du cancer ainsi que d'autres organismes semblables ne reçoivent pas de subventions de cette sorte, mais peuvent recevoir une aide directe ou indirecte du gouvernement fédéral comme, par exemple, des subventions de recherche[2].

Bénéficiant de maints services de santé de la part des organismes bénévoles, c'est avec largesse que les gouvernements provinciaux les appuient. Ils peuvent en plus accorder eux-mêmes des subventions en reconnaissance des services d'une association particulière. Quelques municipalités adoptent la même ligne de conduite.

Le tableau 6-7 résume sommairement les subventions et les versements qu'ont reçus des gouvernements de tous échelons les organismes bénévoles. Sur les 12 organismes dont nous avons les données, trois de ceux-ci n'ont reçu aucune aide financière du gouvernement alors que les autres ont reçu des sommes allant de .7 p. 100 de leur revenu total (Société canadienne du cancer) à 29.8 p. 100 (Association canadienne de paraplégie); la moyenne des subventions des 12 organismes forme 14.1 p. 100 de leur revenu total. Une comparaison du tableau 6-6, subventions fédérales aux organismes de santé bénévoles en 1963, avec la colonne des «subventions gouvernementales» du tableau 6-7 indique le niveau de l'aide fédérale et provinciale. Ainsi, l'Ordre des infirmières Victoria a reçu $833,000 en subventions gouvernementales dont $20,000 provenaient du gouvernement fédéral; l'Association canadienne de paraplégie, $78,000 dont $15,000 du

[1] Les conseils et fédérations d'œuvres sont constitués d'un groupe d'organismes bénévoles, appartenant d'habitude aux secteurs de la santé et du bien-être social, qui s'unissent pour mener une campagne de collecte de fonds dont l'administration est centralisée. Les recettes de la campagne sont réparties entre les membres d'après une formule convenue.

[2] Le service de transfusion de sang de la Croix-Rouge canadienne bénéficie de l'aide financière des gouvernements provinciaux dans le cadre de leur régime d'assurance-hospitalisation, aide équivalant à environ 50 p. 100 du coût technique du service (c'est-à-dire sans le coût du service du donneur de sang).

TABLEAU 6-6 SUBVENTIONS FÉDÉRALES AUX ORGANISMES DE SANTÉ BÉNÉVOLES, AU CANADA, EN 1963

Organisme	Montant de la subvention
	$
Association canadienne d'hygiène mentale	15,000
Ligue canadienne de santé	15,000
Association canadienne d'hygiène publique	7,500
Institut national canadien pour les aveugles	55,000
Association canadienne-française des aveugles	6,000
Institut Nazareth de Montréal	4,050
Montreal Association for the Blind	4,050
Association canadienne antituberculeuse	20,250
Ordre des infirmières Victoria	20,000
Association ambulancière Saint-Jean	15,000
Société canadienne de la Croix-Rouge	10,000
Association canadienne de paraplégie	15,000
Association canadienne pour les enfants arriérés	5,000
Commonwealth Council for Royal Life Saving Society	1,400
Conseil canadien de la sécurité routière	25,000
Conseil canadien de la réadaptation	7,000
TOTAL	225,250

SOURCE: Données du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.

gouvernement fédéral; et l'Institut national canadien pour les aveugles, $380,000, dont $55,000 du gouvernement fédéral. Il est possible que les organismes de santé aient reçu une aide gouvernementale en plus des subventions mentionnées au tableau 6-6, mais on ne peut le déterminer.

La majeure partie du revenu des organismes de santé bénévoles provient de dons publics: dons directs à l'organisme d'une personne ou d'une société, legs, cotisations ou contributions aux conseils et fédérations d'œuvres. D'après le tableau 6-7, les sources ci-haut mentionnées répondent pour environ 70 p. 100 des recettes totales des organismes bénévoles qui sont énumérés dans ce tableau.

En outre, une étude du tableau 6-7 montre que les organismes qui se joignent aux conseils et fédérations d'œuvres tirent une part considérable de leurs revenus de cette source. Parmi les 12 organismes membres, la proportion du revenu total en provenance des dons, legs et cotisations varie de 27.3 p. 100 pour la Société canadienne de la Croix-Rouge à 51.0 p. 100 pour la Ligue canadienne de santé[1]. La *Canadian Heart Foundation* et la

[1] L'Association canadienne des diabétiques, la Société canadienne d'hémophilie, la *Canadian Hearing Society*, la *Canadian Mothercraft Society*, la *Canadian Cystic Fibrosis Foundation* et l'Association canadienne de paraplégie ne sont pas membres des conseils et fédérations d'œuvres. La *Canadian Heart Foundation* et la Société canadienne du cancer n'en font partie qu'en certains centres.

Société canadienne du cancer ne font partie des conseils et fédérations d'œuvres que dans quelques centres seulement et n'obtiennent, conséquemment, qu'une faible portion de leurs recettes, soit 2.7 p. 100 et 1.6 p. 100 respectivement, de cette source. En 1963, il y avait 115 conseils et fédérations d'œuvres au Canada. Les graphiques 6-1 et 6-2 indiquent que les collectes de tous genres ont réuni $25,400,000 en 1963, dont presque $8,000,000 ont été affectés aux organismes de santé. Cette méthode de collecte avantage particulièrement les organismes de moindre envergure qui n'ont pas besoin d'organiser leur propre campagne. Un nombre toujours plus élevé d'organismes importants se joignent aux campagnes parce que le don aux conseils et fédérations d'œuvres par retenues sur la paye se répand de plus en plus dans un grand nombre de centres.

Les dons des particuliers et des sociétés constituent la plus importante source de revenu des organismes de santé bénévoles. Les organismes que ne font pas partie des conseils et fédérations d'œuvres dépendent beaucoup plus de cette source de revenu que les organismes qui en sont membres. Les données disponibles ne permettent pas de séparer les dons des sociétés du montant total des dons faits à chaque organisme[1]. Une étude du tableau 6-7 permet de juger de l'importance de l'ensemble des dons des particuliers et des sociétés aux organismes qui ne font pas partie des conseils et fédérations d'œuvres. Ainsi, 96.2 p. 100 des recettes de la Société canadienne du cancer et 93.3 p. 100 des recettes de la *Canadian Heart Foundation* en 1963 sont venues de dons des particuliers et des sociétés (y compris les cotisations et les legs). Quoiqu'un organisme soit membre des conseils et fédérations d'œuvres, les dons qui lui sont faits de différentes façons par la population ou des sociétés n'en constituent pas moins une forte proportion de ses recettes. D'après le tableau 6-7, la proportion moyenne des recettes en provenance de cette source a atteint 43.5 p. 100 pour l'ensemble des 12 organismes affiliés aux conseils et fédérations d'œuvres. L'Ordre des infirmières Victoria échappe à cette règle générale en ce sens que cet organisme ne reçoit que 5.4 p. 100 de ses recettes en dons directs du public. Cela tient à ce que les infirmières de l'Ordre sont rémunérées soit par les malades eux-mêmes, soit par le gouvernement qui acquitte les frais des malades nécessiteux.

La dernière source importante de recettes qui est mentionnée au tableau 6-7 s'intitule «diverses» et comprend différentes sources de revenus, notamment celles qui sont propres à chaque organisme. Ainsi, l'Association canadienne des diabétiques obtient les revenus qu'elle affecte à la recherche grâce à la vente de ses publications, la *Mothercraft Society* et l'Ordre des infirmières Victoria reçoivent des honoraires des malades qui ont bénéficié de leurs services, l'Association canadienne de paraplégie tire ses revenus de la vente de fauteuils roulants, d'appareils de prothèse et des

[1] De 1950 à 1959, la somme des dons de charité des sociétés aux organismes de santé et de bien-être social est montée de $23,700,000 à $42,400,000. Au cours de la même période, les contributions des particuliers sont montées de $100,000,000 à $380,000,000. (Voir J. H. Watson et M. Douglas, *Company Contribution in Canada, National Industrial Conference Board*, Montréal, 1963.)

TABLEAU 6-7 RECETTES ET DÉPENSES DE CERTAINS ORGANISMES NATIONAUX BÉNÉVOLES, AU CANADA, EN 1963

Organisme		Recettes					
		Subventions gouvernementales	Conseils et fédérations d'œuvres	Intérêts de placements en valeurs	Dons, cotisations et legs	Diverses	Recettes totales
Société canadienne de l'arthrite et du rhumatisme	$	167,000	600,000	30,000	290,000	135,000	1,222,000
	%	13.7	49.1	2.4	23.8	11.0	100
Société canadienne du cancer	$	30,000	69,000	65,000	4,170,000	—	4,334,000
	%	.7	1.6	1.5	96.2		100
Association canadienne des diabétiques	$	—	—	—	72,000	23,000[d]	95,000
	%	—	—	—	75.7	24.3	100
Canadian Heart Foundation	$	—	47,000	69,000	1,197,000[e]	412,000	1,725,000
	%	—	2.7	4.0	69.4	23.9	100
Canadian Mothercraft Society	$	11,000	—	36,000	6,000	40,000	93,000
	%	12.2	—	38.4	6.8	42.6	100
Institut national canadien pour les aveugles	$	380,000	1,129,000	138,000	959,000	—	2,606,000
	%	14.6	43.3	5.3	36.8	—	100
Association canadienne de paraplégie	$	78,000	—	6,000	106,000	72,000[l]	262,000
	%	29.8	—	2.1	40.5	27.6	100
Société canadienne de la Croix-Rouge	$	1,987,000[n]	2,703,000	145,000	3,426,000	1,643,000	9,904,000
	%	20.1	27.3	1.5	34.6	16.6	100
Ligue canadienne de santé	$	23,000	78,000[q]	2,000	24,000	27,000[r]	154,000
	%	14.8	51.0	1.2	15.5	17.5	100
Société canadienne de la sclérose en plaques	$	5,000	29,000[u]	200	85,000	—	119,200[s]
	%	4.2	24.5	.2	71.1	—	100
Association canadienne de dystrophie musculaire	$	—	115,000	21,000	312,000	—	448,000
	%	—	25.6	4.6	69.8	—	100
Ordre des infirmières Victoria	$	833,000	1,579,000[u]	98,000	220,000	1,309,000[v]	4,039,000
	%	20.6	39.1	2.4	5.4	32.5	100
TOTAL	$	3,514,000	6,349,000	610,200	10,867,000	3,661,000	25,001,200
	%	14.1	25.4	2.4	43.5	14.6	100

TABLEAU 6-7 RECETTES ET DÉPENSES DE CERTAINS ORGANISMES NATIONAUX BÉNÉVOLES, AU CANADA, EN 1963— *Fin*

Organisme		Dépenses						Excédent ou déficit
		Services aux malades	Recherches	Éducation du public	Administration	Diverses	Dépenses totales	(+ ou −)
Société canadienne de l'arthrite et du rhumatisme	$	765,000	232,000	63,000	190,000	41,000[a]	1,291,000	− 69,000
	%	59.2	18.0	4.9	14.7	3.2	100	
Société canadienne du cancer	$	624,000	2,032,000	770,000	538,000[b]	175,000[c]	4,139,000	+195,000
	%	15.1	49.1	18.6	13.0	4.2	100	
Association canadienne des diabétiques	$	24,000	21,000	10,000[e]	33,000	9,000	97,000	− 2,000
	%	24.8	22.1	10.3	33.6	9.2	100	
Canadian Heart Foundation	$	—	1,180,000	183,000[g]	245,000[h]	—	1,608,000	+117,000
	%	—	73.4	11.4	15.2	—	100	
Canadian Mothercraft Society	$	16,000	—	1,000[i]	82,000	—	99,000	− 6,000
	%	16.0	—	.8	83.2	—	100	
Institut national canadien pour les aveugles	$	2,547,000[l]	—	—	382,000	125,000[k]	3,054,000	−448,000
	%	83.4	—	—	12.5	4.1	100	
Association canadienne de paraplégie	$	200,000[m]	—	—	97,000	—	297,000	− 35,000
	%	67,3	—	—	32.7	—	100	
Société canadienne de la Croix-Rouge	$	7,385,000	—	1,296,000	889,000[o]	279,000[p]	9,849,000	+ 55,000
	%	75.0	—	13.2	9.0	2.8	100	
Ligue canadienne de santé	$	—	—	58,000	51,000	37,000[r]	146,000	+ 8.000
	%	—	—	39.6	35.3	25.1	100	
Société canadienne de la sclérose en plaques	$	4,000	71,000	6,000	23,000	—	104,000	+ 15,200
	%	4.2	68.4	5.7	21.7	—	100	

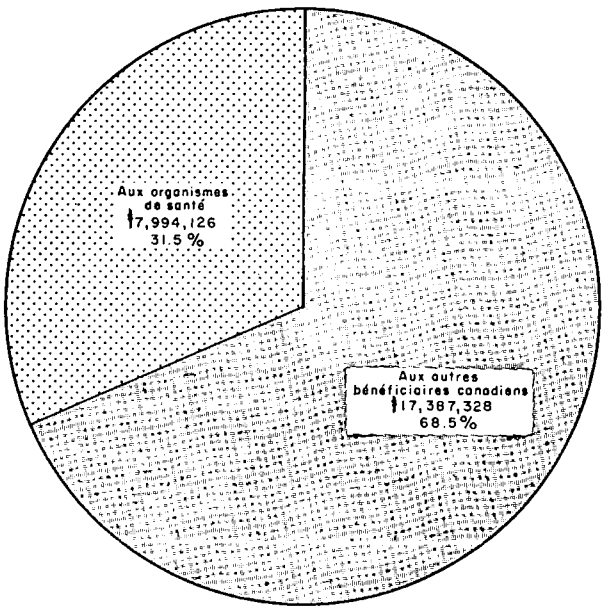
Association canadienne de dystrophie musculaire	$	26,000	326,000	19,000[t]	85,000	—	456,000	8,000
	%	5.8	71.4	4.2	18.6	—	100	
Ordre des Infirmières Victoria	$	3,399,000	—	4,000	708,000	48,000[w]	4,159,000	−120,000
	%	81.7	—	0.1	17.0	1.2	100	
TOTAL	$	14,990,000	3,862,000	2,410,000	3,323,000	714,000	25,299,000	297,800
	%	59.3	15.3	9.5	13.1	2.8	100	

[a] Service de renseignement professionnel.
[b] Comprend le coût de collecte de fonds, soit $239,000.
[c] Subventions à la fondation provinciale pour le cancer.
[d] Comprend $5,000 provenant de la vente de publications et $5,000 accordés pour fins de recherches.
[e] L'organisme inscrit cette dépense au chapitre «éducation et publicité».
[f] Recettes de la campagne du *Canadian Heart Fund* en 1963.
[g] L'organisme inscrit cette dépense au chapitre «éducation du public et des praticiens».
[h] Comprend le coût de collecte de fonds, soit $125,000.
[i] L'organisme inscrit cette dépense au chapitre «réclame et publicité».
[j] Comprend $829,000 en traitements; employés locaux et secrétaires aveugles locales.
[k] Fonctionnement d'une bibliothèque de livres en braille et endisqués.
[l] Revenus provenant des malades ainsi que de la vente des fauteuils roulants et d'appareils de prothèse.
[m] Comprend les salaires versés au personnel affecté à la réadaptation.
[n] La majeure partie de ces subventions, soit $1,971,000, est faite de la quote-part versée par le gouvernement afin de payer les frais techniques occasionnés par le service de transfusion de sang.
[o] Comprend les dépenses et fournitures de la campagne, soit $433,000.
[p] Œuvre d'envergure internationale.
[q] Montant reçu par l'intermédiaire du *Greater Toronto United Appeal.*
[r] Dépenses et revenus afférents à la revue *Health.*
[s] Les sections conservent $4,000 pour services aux malades.
[t] L'organisme inscrit cette dépense au chapitre «renseignement au public et aux praticiens».
[u] Données fournies par l'organisme national.
[v] Honoraires des infirmières: $1,271,000.
[w] Dépenses en bourses d'entretien: $40,000.

SOURCES: Rapports annuels de certains organismes en 1963. Rapports de 1964 du Comité d'études des organismes nationaux (C.É.O.N.) pour l'année financière 1963. Conseil canadien du bien-être, affectations aux organismes nationaux des conseils et fédérations d'œuvres en 1963.

GRAPHIQUE 6-I

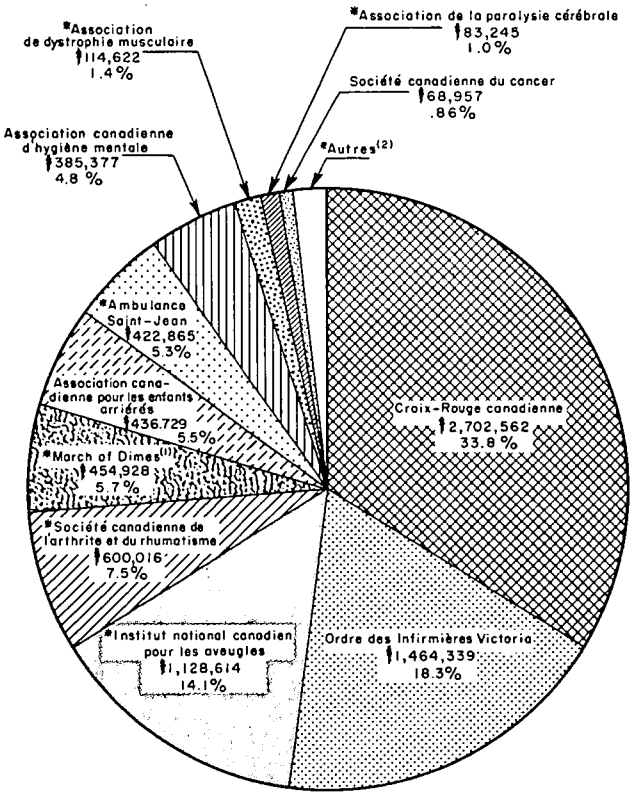
PROPORTION DE LA COLLECTE DES CONSEILS ET FÉDÉRATIONS D'OEUVRES DU CANADA ALLANT AUX ORGANISMES DE SANTÉ: 1963



Source: Sommes versées aux organismes nationaux par les conseils et fédérations d'oeuvres du Canada, Division des conseils et fédérations d'oeuvres, Conseil canadien du bien-être, juillet 1963.

GRAPHIQUE 6-2

RÉPARTITION PAR ORGANISMES DU TOTAL DES SOMMES VERSÉES AUX ORGANISMES NATIONAUX DE SANTÉ-1963



(1) Rehabilitation Foundation for Poliomyelitis and Orthopaedically Disabled

(2) Canadian Heart Foundation..... $46,985, .6%
Association canadienne antituberculeuse 2,115, .03%
Enfants et adultes infirmes..... 24,487, .3%
Société de la sclérose en plaques..... 57,815, .7%
Federation of the Blind..... 500, .006%
Total..... $131,902, 1.7%

*Sommes versées aux organismes nationaux par les conseils et fédérations d'oeuvres du Canada

Source: Division des conseils et fédérations d'oeuvres, — Conseil canadien du bien-être, juillet 1963.

services qu'elle fournit aux malades et la Croix-Rouge est rémunérée des services qu'elle rend (centres sanitaires et hôpitaux, programmes d'enseignement, services d'aides familiales, services aux anciens combattants et Croix-Rouge cadette). En 1963, la proportion des recettes totales en provenance de ces diverses sources s'est élevée en moyenne à 14.6 p. 100 pour les 12 organismes bénévoles énumérés au tableau 6-7.

Répartition des fonds

Les organismes de santé bénévoles se sont établis en vue d'assurer un service quelconque ou de financer des recherches. Par conséquent, la plus grande partie des fonds de chaque organisme est consacrée aux services soignants ou à la recherche, selon le but premier de l'organisme. Cette conclusion est appuyée par une étude du tableau 6-7. La Société canadienne de l'arthrite et du rhumatisme, l'Institut national canadien pour les aveugles, l'Association canadienne de paraplégie, la Croix-Rouge et l'Ordre des infirmières Victoria affectent tous aux malades la majeure partie de leurs recettes. Par contre, la Société canadienne du cancer, la *Canadian Heart Foundation,* la Société canadienne de la sclérose en plaques et l'Association canadienne de dystrophie musculaire consacrent le gros de leurs revenus aux recherches. En résumé, les douze organismes ont consacré 59 p. 100 de leurs dépenses aux malades et 15 p. 100 à la recherche. Il faut remarquer, toutefois, que six de ces organismes n'ont rien fourni à la recherche.

Les organismes bénévoles dépendent de l'appui des particuliers et des sociétés; donc, ils se doivent de renseigner la population sur leur rôle dans le domaine de la santé. Beaucoup d'organismes le font en même temps qu'ils renseignent le public sur certaines maladies et sur les mesures sanitaires qu'il faut prendre pour les prévenir. Si l'organisme engage ses fonds uniquement à des fins publicitaires, c'est-à-dire en vue d'obtenir l'appui financier ou autre de la population, il ne peut pas, à proprement parler, inscrire cette dépense au chapitre de l'éducation du public. Toutefois, dans la plupart des cas, les organismes incorporent dans leurs rapports financiers les frais occasionnés par l'éducation et la publicité et il devient impossible de détailler ces deux dépenses. Dans le tableau 6-7, ces frais apparaissent dans la catégorie «éducation du public» ainsi qu'il est indiqué dans les notes du tableau. On a jugé que les frais de publicité faisaient seuls partie des dépenses de collecte et s'inscrivaient, par conséquent, dans les frais d'administration.

On peut constater que deux des organismes bénévoles qui figurent au tableau 6-7, à savoir l'Institut national canadien pour les aveugles et l'Association canadienne de paraplégie, n'ont pas fait de dépenses d'éducation du public en 1963. En ce qui concerne les dix autres organismes, la proportion consacrée à l'éducation du public varie de 0.1 p. 100 dans le cas de l'Ordre des infirmières Victoria à 39.6 p. 100 dans le cas de la Ligue canadienne de santé. En tout, les douze organismes ont affecté en moyenne 9.5 p. 100 de leurs dépenses totales à l'éducation du public.

La dernière catégorie est celle des dépenses administratives, communes à tous les organismes bénévoles. Cette catégorie est très vaste parce

que les données de base du tableau 6-7 manquent d'homogénéité du fait que les méthodes de déclaration varient d'un organisme à l'autre. Nous avons inclu dans la catégorie des frais d'administration toutes dépenses accessoires aux services aux malades, aux recherches et à l'éducation du public, mais non rattachées directement à l'administration elle-même de ces services. Pour cette raison, les frais occasionnés par les collectes de fonds sont compris dans la catégorie des frais d'administration.

D'après le tableau 6-7, les frais d'administration forment, sauf dans un cas, une proportion régulière des dépenses totales faites par l'organisme. Pour l'ensemble des 12 organismes, la part moyenne des dépenses consacrées à l'administration a été en 1963 de 13.1 p. 100 du total des dépenses. Dans le cas de la *Canadian Mothercraft Society,* la proportion des dépenses d'administration est la plus élevée en raison du mode de déclaration de cet organisme qui réunit les salaires des employés de l'hôpital et du personnel administratif. Dans le cas des 11 autres organismes, le pourcentage des frais d'administration diminue selon l'ampleur de l'organisme. En d'autres termes, il semble que, dans le domaine de l'activité bénévole, il se fait des économies qui tiennent à la taille des organismes. Il faut tenir compte, cependant, dans toute comparaison des frais d'administration, du fait que chaque organisme possède une structure administrative et une méthode de déclaration qui lui sont propres.

Ces variations de structure entre les organismes peuvent également expliquer les différences que présentent au tableau 6-7 les dépenses «diverses» qui comprennent les sommes que l'on n'a pu inclure dans aucune des quatre autres catégories. En 1963, la proportion des dépenses «diverses» a été en moyenne de 2.8 p. 100.

ORGANISATION

Bien que les questions de santé et de bien-être social au Canada relèvent principalement des provinces, il existe cependant des lois fédérales qui permettent aux organismes bénévoles de se constituer en sociétés nationales. Par conséquent, il est possible aux organismes bénévoles de se constituer en sociétés provinciales ou nationales. Dans certains cas, les sections locales de l'organisme peuvent aussi se constituer en sociétés, si bien que chaque organisme peut avoir des ramifications nationales, provinciales ou locales qui toutes possèdent une certaine autonomie et dont les charges et les pouvoirs varient selon leur niveau hiérarchique.

L'expansion des organismes bénévoles s'est faite de deux façons: du palier national au palier provincial et régional ou inversement. Cette expansion a nécessité à tous les paliers des adaptations non seulement de la structure de l'organisme, mais aussi des fonctions à remplir et des priorités à établir. Ainsi, par exemple, l'Association canadienne d'hygiène mentale, qui était à l'origine un organisme national, avait pour mission de renseigner le

public pour qu'il adopte une attitude plus éclairée à l'endroit du traitement des maladies mentales; elle s'employait en outre à promouvoir l'hygiène mentale. Certaines sections locales et certaines divisions provinciales sont issues, cependant, de sociétés plus anciennes qui avaient déjà des programmes comportant des visites bénévoles aux malades des hôpitaux pour maladies mentales, des programmes de loisirs au bénéfice des malades psychiatriques ou des œuvres d'action sociale de nature purement locale (*SHARE* au Manitoba), ou provinciale (Nouvelle-Écosse).

Par contre, l'Association canadienne pour les enfants arriérés a fort évolué au niveau local et provincial avant 1955 lorsque sept associations provinciales se sont fusionnées pour fonder l'Association canadienne pour les enfants arriérés. Trois ans devaient s'écouler avant que l'organisme national obtint ses lettres patentes, et ce n'est que plus tard, soit en 1959, qu'on a pu financer un bureau national et lui assurer un personnel compétent; les parents ont dû consacrer d'abord une grande partie de leur temps, de leurs énergies et de leurs ressources à établir des installations locales à l'usage des enfants arriérés susceptibles de recevoir une formation. Lorsque les gouvernements provinciaux et municipaux ont commencé à s'occuper davantage des arriérés et à prendre en charge les éducables et ceux qui étaient gardés en institution, l'Association s'est attachée à établir sur une base nationale des rapports pratiques avec le gouvernement fédéral et les autres gouvernements.

D'autres organismes qui se consacrent plus ou moins à l'application d'un vaste programme national sont les suivants: la Fondation canadienne pour la poliomyélite, le Conseil canadien pour les adultes et les enfants infirmes[1], la *Canadian Cystic Fibrosis Foundation,* la Société canadienne d'hémophilie, la Société canadienne de la sclérose en plaques et l'Association canadienne de dystrophie musculaire. Le bureau national se charge d'assurer la fourniture du matériel didactique et de mettre à exécution les programmes de recherches, tandis que les associations locales élaborent des méthodes de collecte de fonds ou des programmes d'aide aux malades. La Société canadienne de l'arthrite et du rhumatisme offre l'exemple d'un organisme où les pouvoirs semblent équitablement partagés quant à l'organisation des programmes et de la répartition du personnel. Comme tous les organismes dont nous avons traité précédemment, la Société compte un conseil d'administration national qui reçoit les recommandations d'un conseil médical national. Dans chaque province, il y a une organisation divisionnaire; la plupart de ces divisions sont administrées par des médecins à plein temps ou à temps partiel. Conformément à la pratique ordinaire, la mise à exécution des programmes de recherches et d'éducation professionnelle incombe à l'organisme national qui assure aussi le service des publications. Il est possible de totaliser et d'analyser à l'échelon national la statistique des traitements lorsqu'il se trouve au niveau local des praticiens qui fournissent les données.

---

[1] Ces deux organismes nationaux se sont fusionnés en 1962 pour former le nouveau Conseil de réadaptation des invalides. Chaque organisme a conservé sa propre charte nationale. Toutes les sociétés provinciales et locales, à l'exception de quelques-unes, ont suivi l'exemple de l'organisme national.

Il existe, toutefois, d'autres répartitions des fonctions. Ainsi, par exemple, l'établissement par l'Ordre des infirmières Victoria d'organismes divisionnaires dans les provinces ne date que de 1953; auparavant, chaque section locale devait trouver ses propres moyens de financement. Le bureau national établit la statistique, fixe les normes et la ligne de conduite à suivre et s'occupe d'embaucher le personnel et de lui attribuer ses fonctions. Le bureau national aide aussi à l'établissement de nouvelles branches et de nouveaux services.

Le bureau central de l'Association ambulancière Saint-Jean assure l'administration générale et la surveillance des services bénévoles et d'enseignement, y compris la confection des manuels et l'administration des magasins et de l'achat central. La Société canadienne du cancer est affiliée à l'Institut national du cancer, mais elle a sa propre charte; l'Institut effectue des recherches sur le cancer pour le compte de la Société. Le président de chaque organisme fait partie du conseil d'administration de l'autre et les deux organismes ont le même administrateur général et le même trésorier. La Société canadienne de la Croix-Rouge est régie par un conseil central qui comprend environ 60 membres. Vingt comités permanents au niveau national coordonnent l'effort des divisions provinciales et des sections locales et assurent la continuité de la ligne de conduite adoptée.

ORGANISMES DE SANTÉ BÉNÉVOLES DANS CERTAINS PAYS DOTÉS D'UN RÉGIME DE SANTÉ COMPLET

On nous a fait part d'une certaine inquiétude qui règne au sujet des répercussions possibles de l'avènement d'un programme complet de soins de santé sur les initiatives privées et sur le travail des œuvres bénévoles qui ont joué un rôle si important dans l'expansion des services de santé au Canada. En réalité, plus le concept de soins de santé s'étendra et plus on avisera à l'appliquer, plus grande sera la responsabilité de chaque citoyen et de chaque groupement en ce qui concerne l'amélioration de la santé de la collectivité. Cela ressort clairement d'un résumé de l'activité des pays dotés d'un régime de santé complet, qui illustre bien la façon dont les œuvres bénévoles comblent les lacunes des organismes officiels quant à l'expansion des services actuels et fraient la voie à de nouveaux services.

En fait, l'analyse de l'expérience des autres pays où il existe des régimes complets de services de santé a confirmé notre propre conviction que les organismes bénévoles peuvent jouer un rôle de plus en plus important et utile au Canada; ils peuvent rendre aux Canadiens des services encore plus considérables dans le cadre d'un régime universel de services de santé.

Lorsqu'on examine les organismes bénévoles des autres pays, on remarque la tendance croissante des œuvres bénévoles canadiennes à s'y associer au sein d'organismes internationaux. En certains cas, les Canadiens ont joué un rôle de premier plan dans l'établissement de normes internationales,

notamment en ce qui concerne la réadaptation, l'oligophrénie et la tuberculose, le traitement et l'enrayement des maladies, et aussi la mise en œuvre des mesures préventives qui contribueront à rehausser le bien-être du genre humain. Nous analysons ci-après la situation dans les pays suivants: Royaume-Uni, Danemark, Suède, Norvège, Nouvelle-Zélande et Israël.

Royaume-Uni

On pourrait croire que l'établissement du *British National Health Service* diminuerait le rôle des organismes bénévoles, mais tel n'a pas été le cas. «Les institutions bénévoles ont démontré qu'elles avaient une tâche à accomplir, non en entrant en compétition, mais en travaillant de concert avec les organismes officiels; les travailleurs bénévoles ne sont pas seulement actifs dans leurs services respectifs, mais aussi au sein des services officiels et dans la conduite des affaires publiques[1].» A mesure que les domaines traditionnellement réservés aux œuvres bénévoles, et plus particulièrement le soutien financier des services déjà existants, ont été remplacés par les services sociaux publics, les organismes bénévoles ont concentré leurs efforts sur la création de nouveaux services. «Dans leurs recherches en vue de découvrir de nouveaux et meilleurs moyens de soulager les différentes formes de la misère humaine, les organismes bénévoles bénéficient d'une liberté d'action en fait d'innovation et d'expérimentation dont ne jouissent pas les organismes limités par les termes des règlements officiels et comptables au public en général de la façon dont ils dépensent leurs fonds[2].» L'enthousiasme qu'ils apportent au travail auquel ils se sont voués et l'esprit d'indépendance avec lequel ils abordent les problèmes ne militent guère en faveur de la raideur et d'une certaine réserve que l'on peut rencontrer dans les régimes officiels par trop techniques[3].

Parmi les domaines où les organismes bénévoles ont continué d'exercer leur activité, il faut mentionner les services d'aide aux malades et aux invalides non hospitalisés. Le *Women's Voluntary Service* est l'organisme britannique bénévole qui s'est distingué le plus dans le domaine des services rendus aux handicapés. Grâce à ses 1,500 centres de *W.V.S.*, l'organisme aide à résoudre les problèmes d'ordre pratique propres aux handicapés, visite les malades, fournit des repas à ceux qui réintègrent leur foyer, prend soin des enfants et se porte au secours des sinistrés victimes d'incendie ou d'inondation.

Les services ambulanciers sont un autre domaine où les organismes bénévoles continuent d'intervenir. Les autorités locales auxquelles il appartient de fournir les services ambulanciers ont, dans certains cas, conclu des accords avec l'Ordre de Saint-Jean et la Croix-Rouge britannique afin que ces organismes se chargent totalement ou en partie des services ambulanciers. L'*Hospital Car Service* est un domaine où les organismes bénévoles

[1] *British Information Services; Voluntary Service to the Community in Great Britain, No. R5089*, août 1961, p. 1.
[2] *Ibid.*, p. 3.
[3] *Ibid.*, p. 1.

peuvent jouer un rôle toujours croissant dans le service ambulancier. Ce service, mis sur pied par la Croix-Rouge britannique, la Brigade ambulancière Saint-Jean et le *Women's Voluntary Service,* contribue fortement à alléger la tâche du *National Health Service* en se chargeant bénévolement du transport des malades dans des véhicules privés.

Les organismes bénévoles rendent de précieux services aux perturbés mentaux. La *National Association for Mental Health* est la plus importante des institutions qui ont pour but d'aider les perturbés mentaux. Parmi les autres, citons la *National Society of Mentally Handicapped Children,* le *Mental Health Research Fund* et la *Mental After Care Association.* La *League of Friends* envoie des visiteurs bénévoles à de nombreux asiles d'aliénés. La *National Association for Mental Health* seule, ou en collaboration avec les autorités locales et avec d'autres organismes, gère des foyers pour arriérés ou malades mentaux. L'association fait progresser l'hygiène mentale en faisant œuvre d'éducation auprès du public et des praticiens et en mettant à exécution des œuvres pilotes intéressant de nouveaux services.

Enfin, les organismes bénévoles sont représentés aux *Regional Hospital Boards.* Tous les membres de ces commissions servent à titre bénévole[1].

Danemark

Malgré l'étendue de la participation des autorités publiques aux soins de santé au Danemark, les organismes bénévoles continuent de jouer un rôle très important dans le programme de santé du pays. Ainsi qu'un récent rapport l'a indiqué, il y a «plusieurs domaines, par exemple le domaine purement expérimental, où l'initiative privée a un mérite tout particulier[2].»

Très souvent, c'est l'initiative privée qui a été à l'origine des services assurés aux invalides; quand il est devenu indispensable de faire appel à l'appui public, bon nombre d'œuvres bénévoles ont continué de fournir des services financés par des fonds publics, tandis que des services spéciaux pour handicapés sont demeurés du ressort exclusif d'organismes bénévoles qui reçoivent des subventions de l'État.

En outre, il y a des institutions qui s'occupent de catégories particulières de personnes invalides: l'Association pour enfants spastiques, l'Association nationale pour la prévention de la sclérose en plaques et l'I.R.P. (œuvre qui vient en aide à ceux qui souffrent de paralysie respiratoire provoquée par la poliomyélite), l'Association pour l'établissement et la direction d'institutions pour enfants spastiques et autres handicapés, l'Association nationale danoise contre la paralysie infantile, l'Association sanatoriale des sociétés coopératives (maladies rhumatismales) et l'Association nationale pour la prévention des maladies rhumatismales; toutes œuvrent au bénéfice de groupes particuliers de personnes. La Caisse des infirmes, or-

---

[1] *Health Services in Great Britain, Central Office of Information, Reference Pamphlet No. 20,* Londres, *Her Majesty's Stationery Office,* 1960, p. 11.

[2] *Rehabilitation and Care of the Handicapped in Denmark,* Division internationale des relations, ministères du Travail et des affaires sociales, Copenhague, 1963, p. 10.

ganisme bénévole qui s'occupe de collecte, met à exécution de vastes projets au profit des infirmes.

Quoique les épileptiques soient traités dans les hôpitaux généraux, c'est à la Colonie Filadelfia, institution privée approuvée par l'État, qu'incombe principalement la tâche de soigner ceux qui souffrent de l'épilepsie. Les frais nécessaires au fonctionnement de l'institution sont couverts en majeure partie par les fonds publics, mais la gestion en est assurée par des auspices bénévoles. L'Association nationale contre l'épilepsie est un organisme qui groupe les épileptiques.

L'État, avec l'aide administrative des organismes bénévoles, procure aux aveugles et à ceux qui sont partiellement aveugles les services médicaux, scolaires et professionnels essentiels: instituts, imprimerie, bibliothèque pour aveugles, centre dédié à la lutte contre la cécité héréditaire, système d'enregistrement et possibilités d'apprendre un métier et de trouver un emploi. A l'intérieur de cette œuvre gouvernementale, les organismes bénévoles jouent un rôle secondaire, mais non dénué d'importance. La Société danoise des aveugles et d'autres organismes bénévoles dirigent des foyers et des maisons collectives de soins agréés par l'État et assurent aussi, conjointement avec l'État, un service de consultation qui dispense aide et conseils aux aveugles. Enfin, il y a une entreprise industrielle privée qui, en collaboration étroite avec l'État, emploie un personnel composé presque exclusivement d'aveugles.

Les sourds, comme les aveugles, sont en grande partie à la charge de l'État. Cependant, le programme général est aussi dirigé par une commission mixte qui groupe les représentants du gouvernement et des organismes bénévoles qui s'intéressent au sort des sourds. En ce qui concerne les organismes bénévoles, l'Association nationale danoise des sourds défend les intérêts des sourds. L'Association nationale pour l'amélioration de l'ouïe s'occupe plus particulièrement des durs d'oreille.

Les personnes qui souffrent de défaut de la parole sont soignées gratuitement dans deux institutions régionales d'État où sont concentrés les services intéressés. Dans ces institutions, on traite certains cas d'alexie, mais les cas les plus sérieux sont dirigés vers des instituts bénévoles pour alexiques dont le plus grand est l'Institut pour alexiques qui se trouve près de Copenhague.

L'État se charge aussi des malades mentaux. La législation danoise reconnaît qu'il est préférable de garder, si possible, les enfants au sein de leur famille, et elle porte, par conséquent, que les externats, mis sur pied par l'initiative privée ou les autorités locales, peuvent bénéficier de subventions d'État. La loi s'applique aux déficients physiques et mentaux. Les hôpitaux pour malades mentaux relèvent surtout de l'État, mais il y a aussi un programme auxiliaire qui ajoute les soins familiaux sous surveillance aux soins en institution[1].

---

[1] N. Halck, *Social Welfare in Denmark*, ministères danois du Travail et des Affaires sociales, Copenhague, 1961, p. 51.

Suède

En Suède, comme dans les autres pays nordiques, les premières mesures intervenues dans la plupart des domaines des soins de santé ont été le résultat de l'initiative privée. La lutte contre le cancer, la tuberculose, les maladies mentales et autres affections a souvent débuté par l'action des organismes bénévoles. Cependant, dans une large mesure, l'État a pris cette œuvre en charge, laissant aux groupements bénévoles le soin de s'occuper de l'aspect documentaire et éducatif de la campagne contre les maladies, et plus particulièrement contre la tuberculose et le cancer. Les organismes bénévoles, grâce à l'appui généreux du public, assurent des services au bénéfice des enfants infirmes[1].

Norvège

Sauf quelques rares exceptions, l'assurance-maladie protège toute personne qui réside en Norvège. Trois organismes norvégiens s'occupent essentiellement des problèmes qui tiennent au cancer. Le plus important, la Société nationale du cancer, affecte de grandes sommes à la recherche et aide à résoudre les problèmes sociaux des cancéreux. Ces organismes bénévoles, ainsi que les autres organismes norvégiens, jouent, tout comme leurs homologues des autres pays scandinaves, un rôle important qui vient seconder l'œuvre du gouvernement.

En Norvège, une grande partie des malades mentaux sont soignés dans des foyers. En ce qui concerne les enfants mésadaptés, un institut psychiatrique pour enfants a été ouvert à Oslo grâce à l'initiative privée. Dans cet institut, non seulement on soigne les malades, mais encore on leur donne une formation professionnelle. Grâce à l'étroite collaboration entre l'État et les importants organismes d'initiative privée, on réussit à étendre et à améliorer le traitement des oligophrènes[2].

Nouvelle-Zélande

Quoique la Nouvelle-Zélande possède un régime complet de services de santé, il y a quand même une liste considérable d'organismes bénévoles qui rendent d'indispensables services. Ainsi que l'indique un récent rapport, «. . .une des particularités des services de santé de la Nouvelle-Zélande, c'est la façon dont l'action des services officiels et celle des organismes bénévoles se complètent l'une l'autre». En de nombreux cas, les organismes bénévoles sont «encouragés et aidés» dans leur travail par des subventions publiques[3]. Les institutions les plus marquantes des organismes bénévoles sont la *Plunket Society*, la *King George the Fifth Memorial Children's Health*

[1] G. R. Nelson, *Freedom and Welfare, Social Patterns in the Northern Countries of Europe*, ministères des Affaires sociales du Danemark, de la Finlande, de l'Islande, de la Norvège et de la Suède, 1953, p. 374.

[2] *Karl Evang, Health Services in Norway*, E. K. B. Boktrykeri, Oslo, 1960.

[3] *New Zealand Official Yearbook, Department of Statistics*, Wellington, 1963, p. 154.

Camps Federation, la *St. John Ambulance* (N.-Z.), la *New Zealand Red Cross Society,* la *Crippled Children's Society* et la *New Zealand Federation of Tuberculosis Associations.*

La *Plunket Society* dirige six hôpitaux Karitane pour les bébés qui ont besoin de soins spéciaux et pour la formation de ses infirmières. Les infirmières de cet organisme renseignent les mamans, visitent la demeure de presque tous les nouveau-nés et sont affectées à des centres où elles font subir régulièrement des examens médicaux aux enfants. Dans les régions rurales où la *Plunket Society* ne tient pas de centre, des infirmières-hygiénistes s'occupent du bien-être des bébés. L'organisme collabore avec le gouvernement de façon à ce que chacun des enfants subisse cinq examens médicaux avant sa douzième année et reçoive toutes les inoculations et les vaccinations nécessaires. Les subventions du gouvernement et le grand appui financier qu'elle reçoit de toutes les parties de la population permettent à la *Plunket Society* de procurer ses services gratuitement. A cet égard, l'organisme ressemble beaucoup à notre Ordre des infirmières Victoria.

La *King George the Fifth Memorial Children's Health Camps Federation* a établi une chaîne de camps de santé permanents pour les enfants de santé délicate sous-alimentés. A l'exemple des autres organismes bénévoles, la *Federation* collabore étroitement avec le ministère de la Santé afin que les ressources disponibles soient utilisées au mieux. Ainsi, le caractère bénévole de l'organisme est sauvegardé. La *Federation* a deux sources de revenus: les dons de la population et une subvention du gouvernement qui provient de surtaxes postales incorporées à des timbres de santé spéciaux.

L'Ambulance Saint-Jean compte des divisions dans toute la Nouvelle-Zélande. Elle procure gratuitement des premiers soins et donne des cours de secourisme et de soins à domicile. A l'exemple de notre propre Ambulance Saint-Jean, celle de la Nouvelle-Zélande se tient sur les lieux des rencontres sportives pour donner éventuellement des premiers soins aux joueurs et aux spectateurs. La Société de la Croix-Rouge de la Nouvelle-Zélande donne des cours de secourisme, de soins à domicile et d'hygiène et elle enseigne comment transporter les blessés en cas d'urgence. Les diplômés des cours de la Croix-Rouge sont groupés en corps bénévoles de secourisme.

La Société pour les enfants infirmes tient un registre de tous les enfants infirmes; elle voit à ce qu'ils aient tous les soins médicaux nécessaires et elle s'occupe au besoin de leur formation professionnelle et de leur instruction à domicile. La *New Zealand Federation of Tuberculosis Association* s'occupe des tuberculeux. En plus de collaborer avec le ministère de la Santé pour renseigner la population sur les mesures hygiéniques à prendre contre la tuberculose, l'organisme s'occupe aussi d'assistance post-sanatoriale et de la formation et de l'orientation professionnelle des malades.

Le soin des vieillards est assuré par le gouvernement, les conseils d'administration des hôpitaux, les corps municipaux et les organismes religieux et de bien-être. On a fondé une œuvre pour assurer l'alimentation des

personnes âgées. Les organismes bénévoles qui construisent des foyers pour accueillir les personnes âgées et en prendre soin reçoivent une subvention de construction égale à 100 p. 100 de l'investissement agréé. Ces organismes bénévoles s'occupent aussi de la gestion financière et de la direction de ces foyers et ils en assurent la bonne marche. D'autres organismes bénévoles dirigent ou soutiennent financièrement des foyers pour enfants infirmes et pour oligophrènes[1].

En somme, l'établissement d'un régime complet de soins de santé n'a pas mis fin, semble-t-il, à l'activité des organismes bénévoles en Nouvelle-Zélande. Les services spéciaux qu'ils peuvent offrir restent toujours nécessaires pour seconder et parfaire les services gouvernementaux de soins de santé.

Israël

On estime qu'Israël a le plus haut rapport médecin-population, soit un médecin pour 400 personnes, et un régime de soins de santé qui s'applique au total à environ 80 p. 100 de la population. Le pays encourage quand même la création de nouveaux organismes de santé bénévoles qui sont intégrés au régime des services de santé et de bien-être. Le rôle de ces organismes est de soutenir et de compléter les services médicaux en fournissant aux malades et aux familles des services accessoires: enseignement de l'hygiène, œuvres de loisirs, besoins d'ordre social, campisme et besoins d'ordre personnel. De plus, les organismes voient à l'enseignement de l'hygiène publique et travaillent à faire adopter des lois éclairées[2].

CONCLUSION

L'exposé que nous venons de faire de la structure financière et administrative des organismes de santé bénévoles montre la grande variété de leurs origines, de leurs objectifs et de leurs méthodes d'action. Ils sont différents à cet égard des services officiels qui sont plus statistiques et définis. Mais c'est la variété et la faculté d'adaptation des organismes bénévoles qui les rendent seuls capables de répondre à des besoins qui autrement ne seraient pas satisfaits et d'inventer de nouvelles méthodes.

L'expérience d'autres pays nous apprend que la création de régimes publics de services de santé ne diminue en rien le rôle de l'action bénévole, bien qu'elle puisse le modifier. En fait, les organismes bénévoles semblent s'être assignés de nouvelles tâches plus importantes depuis que le gouvernement subvient aux services établis dont ils avaient auparavant la charge et

[1] *Health Services in New Zealand*, ambassade de Nouvelle-Zélande, Washington (D.C.), 1961.

[2] Freda L. Paltiel, *The Israel Rheumatic Fever Society, a study of a Voluntary Health Organization; Public Health*, T. 5, n° 4, ministère de la Santé d'Israël, Jérusalem, novembre 1962, pp. 480-490 (traduction anglaise, tiré à part).

dont le coût ne leur permettait guère de s'avancer dans de nouveaux domaines.

Cette évolution des organismes bénévoles ressemble en partie à celle des sociétés auxiliaires des hôpitaux du Canada à la suite de l'établissement de l'assurance-hospitalisation. N'ayant plus à remplir la fonction essentiellement passive de recueillir de l'argent pour combler les déficits des hôpitaux, les sociétés auxiliaires ont graduellement fait porter davantage leur effort sur des buts positifs.

A notre avis, il y a certainement place pour l'effort bénévole dans le cadre d'un régime complet de soins de santé comme celui que nous recommandons. Nous avons attaché beaucoup d'importance à ce sujet dans le volume I[1]. Comme l'enseigne l'expérience d'autres pays, nous croyons que les organismes bénévoles, agissant en collaboration avec les professions sanitaires, les universités et les gouvernements, pourront susciter de plus grandes réalisations encore dans l'avenir. Les organismes bénévoles et les gouvernements auront plus de travail à accomplir dans l'avenir prévisible qu'ils ne pourront probablement en exécuter.

La société d'aujourd'hui subit cependant de profondes modifications, particulièrement à cause de la spécialisation et de la technique. Tous les organismes de la société canadienne subissent l'influence de cette évolution et les services bénévoles n'y échappent pas. A mesure que les organismes bénévoles agrandissent le champ de leur activité, la spécialisation envahit de plus en plus tous les domaines, et la création de nouveaux services ainsi que de nouvelles méthodes de fournir ces services devient de plus en plus nécessaire. C'est pourquoi il faut coordonner davantage toutes ces activités.

L'évolution des problèmes de santé oblige à pratiquer une évolution constante de la qualité des services assurés par les organismes bénévoles. Ces organismes ont graduellement compris la nécessité de coordonner leurs services et nous avons constaté, dans quelques cas, qu'une coordination étroite et une association financière et administrative très poussée entre plusieurs organismes favorisent davantage la recherche de solutions aux divers problèmes. Comme les organismes bénévoles sont solidaires du complexe des services de santé, ils doivent aussi être prêts à participer à l'œuvre de la planification de l'évaluation de tous les services de santé, œuvre si indispensable au bon fonctionnement du complexe des services de santé efficaces.

La structure que nous avons exposée aux chapitres 7 et 8 devrait faciliter l'adaptation des organismes de santé bénévoles aux nouvelles conditions. Afin d'accroître leur importance et de renforcer leur situation dans les domaines où le besoin de leurs services se fait sentir, les organismes de santé bénévoles, y compris ceux qui s'occupent de la prévention des maladies et des accidents, compteront des représentants au sein des institutions chargées de la planification des services de santé, c'est-à-dire les conseils de planification sanitaire. Cette collaboration avec les institutions gouvernementales ne peut aboutir qu'à une véritable association dans la poursuite

[1] Voir volume I, chapitre 1, p. 13.

des mêmes objectifs. En étant représentés au sein des conseils de planification sanitaire, les organismes bénévoles pourront voir le rôle de leur activité dans le cadre de tous les services communautaires. De cette façon, ils pourront se rendre compte, d'une part, des secteurs qui sont négligés et, d'autre part, des services qui font double emploi. Cela permettra de bien conjuguer l'effort des organismes bénévoles entre eux et avec les institutions gouvernementales.

La Commission recommande:

224. Que les organismes bénévoles soient une partie intégrante de tout régime complet de services de santé et qu'ils collaborent activement au travail des divers conseils de planification.

Les principes fondamentaux du financement de l'action sanitaire bénévole seront modifiés au point que les services de santé personnels rendus par les organismes seront payés par les régimes de services de santé. C'est ainsi que les besoins financiers des organismes bénévoles seront déterminés d'après les services qu'ils auront à fournir; de même, les besoins de services supplémentaires de recherches et d'éducation seront mis à jour par la mise en œuvre des régimes de services de santé, de l'œuvre du Conseil de recherche en sciences de la santé et de la formulation des besoins sanitaires par les conseils de planification sanitaire. Cela devrait permettre de connaître beaucoup plus facilement les besoins financiers de chaque secteur et, par conséquent, la part des recettes des campagnes de charité à allouer à chacun. En enlevant aux organismes bénévoles le coût des services de santé personnels, les régimes de services de santé leur permettront de consacrer certaines de leurs ressources à d'autres fins et de diminuer leurs dépenses.

C'est là notre conception de ce à quoi doivent s'attendre ceux qui travaillent bénévolement dans le domaine des services de santé. Il ne servirait de rien de dresser une liste des services que les organismes bénévoles devraient ou ne devraient pas fournir dans l'avenir. Les besoins évoluent, de nouveaux services s'établissent et d'autres deviennent désuets. Comme tous les autres services, ceux qui assurent les organismes bénévoles subiront des transformations à mesure que les besoins évolueront et qu'on viendra à les connaître. C'est de cette façon que les services bénévoles ont été créés et c'est de la même façon qu'ils devront s'adapter aux besoins.

Nous devons, toutefois, attirer l'attention sur un aspect du système de financement actuel des organismes de santé bénévoles. Il se fonde de plus en plus d'organismes bénévoles appelés à répondre à de nouveaux besoins et on s'attend que le public contribue à toutes ces bonnes causes; cependant, la population est perplexe devant le nombre croissant de collectes parce qu'elle n'est pas renseignée pour voir dans leur juste perspective toutes les demandes d'appui financier qui semblent se faire concurrence[1]. Une telle situa-

[1] Le chapitre 4, pp. 129 et 130, traite des dons privés destinés à la recherche sanitaire.

tion risque de devenir dangereuse parce qu'elle peut rendre le public sourd aux campagnes de charité légitimes, sauf assurance que l'action bénévole et les dons soient utilisés à bon escient. Nous sommes confiants de pouvoir éloigner ce danger en incitant les organismes bénévoles à adopter une façon plus efficace de fournir un rapport de leurs activités comme le font d'ailleurs certains organismes nationaux.

Nous avons déjà parlé des rapports annuels présentés au ministère de la Santé nationale et du Bien-être social par les organismes bénévoles subventionnés[1]. C'est là un moyen satisfaisant de renseigner la population et *chacun* des organismes bénévoles nationaux devrait présenter annuellement son rapport. De cette façon, la population pourra connaître l'actif et le passif ainsi que les recettes et les dépenses des organismes bénévoles, de même que le volume et le genre de services rendus par chacun.

La Commission recommande:

225. Que tous les organismes de santé bénévoles présentent un rapport financier annuel au ministère de la Santé nationale et du Bien-être social dans lequel ils exposeront leurs fonctions et indiqueront leur actif et leur passif, leurs sources de revenus et leurs dépenses sous des rubriques appropriées, le rapport étant dûment vérifié conformément aux pratiques comptables admises.

226. Que le ministère du Revenu national tienne compte de ces rapports, lorsqu'il admet des dons de charité à l'exemption fiscale aux termes de la Loi de l'impôt sur le revenu.

Nous sommes convaincus que, comme dans d'autres pays, les organismes de santé bénévoles du Canada continueront de répondre aux besoins d'aujourd'hui et de demain et sauront créer de nouveaux moyens d'action et s'adapter aux circonstances. De cette façon, ils pourront compléter, à titre de partenaires égaux, les efforts de caractère public et privé visant à procurer aux Canadiens les soins de santé les meilleurs possibles que nous permettront de dispenser le savoir d'aujourd'hui et les progrès futurs de la science.

[1] Voir, chapitre 6, p. 180.

7

Organisation des services de santé

Nous avons répété à plusieurs reprises, tant dans le premier volume de notre rapport que dans le présent volume, que l'amélioration de la santé proviendra évidemment d'une attitude responsable de la part des Canadiens et du nombre et de la compétence des médecins, des dentistes, des infirmières, des pharmaciens, des savants, des techniciens et de toutes les autres personnes qui participent à la prestation des services de santé. La qualité des soins de santé dépend donc de la formation de ceux qui, en nombre considérable et toujours croissant, fournissent les services de santé. Nous avons aussi insisté sur le fait que la qualité des soins de santé dépend de talents et d'attitudes qui ne se laissent pas si facilement déterminer, c'est-à-dire dévouement du personnel de la santé. Soulager la douleur et la souffrance, faire naître la confiance chez ceux qui souffrent, réconforter les affligés, préparer un être humain à la mort, consoler ceux qui sont dans le deuil ou qui doivent accepter que leur enfant soit gravement arriéré ou infirme, et finalement, dans certains cas, assumer la responsabilité de la vie ou de la mort, telles sont les tâches auxquelles doivent faire face beaucoup de membres des professions de la santé. La façon dont ils s'acquittent de ces tâches a une répercussion considérable sur la qualité des soins de santé.

Nos recommandations relatives à l'organisation des services de santé dans le cadre des régimes de services de santé tiennent compte de l'importance primordiale du personnel qui fournit les services de santé et assurent que la qualité des services de santé soit maintenue et améliorée. Les changements que nous proposons sont en harmonie avec la Charte de santé en ce qu'ils tiennent compte du besoin de maintenir un rapport étroit entre ceux qui fournissent les services de santé et ceux qui les reçoivent, y compris la liberté de choix de la part du malade et du médecin. Ces modifications tiennent aussi compte du fait que les professions et les institutions doivent rester autonomes et participer à la planification et à la mise en œuvre de l'évolution future du Régime de services de santé. *Nous n'entendons pas que le médecin ou le dentiste soit dirigé dans l'exercice de sa profession*[1]. La haute qualité des soins doit être maintenue et améliorée à l'avenir tout comme elle l'a été dans le passé.

---

[1] Voir p. 213.

Il faut cependant reconnaître que les professionnels et les institutions de la santé ne peuvent pas par eux-mêmes fournir toutes les conditions qui sont nécessaires pour assurer que les Canadiens obtiendront les meilleurs soins de santé possibles. Dans un pays où la population s'accroît rapidement, où les gens se déplacent très facilement et s'urbanisent de plus en plus, il faut une organisation quelconque pour assurer que l'effectif et le capital de la santé s'accroissent en proportion des besoins d'une population en expansion et que le personnel et les installations soient disponibles dans les régions où ils sont requis. De même, à une époque caractérisée par de rapides changements scientifiques et technologiques, une organisation quelconque doit s'occuper d'encourager la recherche et le progrès technique dans le domaine de la santé et s'assurer que les progrès scientifiques et techniques se reflètent dans un personnel plus compétent et un équipement plus moderne. Enfin, puisqu'il faut améliorer la qualité des soins de santé que reçoivent les Canadiens et assurer que les ressources de santé peu abondantes soient utilisées de la façon la plus efficace, une organisation quelconque doit s'occuper d'évaluer la qualité des services de santé et, ce qui est essentiellement un autre aspect de la qualité, la façon dont les ressources rares sont utilisées.

Nous savons que de nombreux organismes, professionnels, privés et gouvernementaux, ont fait un travail précieux dans ces domaines. En même temps, par les mémoires qui nous ont été présentés, par nos audiences et par le travail de notre personnel de recherche nous nous sommes rendu compte du besoin d'améliorer davantage l'organisation des services et des ressources de santé si les possibilités de l'avenir doivent se réaliser sous la forme de bons soins de santé. Ce sont ces considérations qui nous ont amenés à déclarer au volume I qu'un élément essentiel de la fourniture des meilleurs soins de santé possibles pour les Canadiens était l'amélioration de l'organisation des services de santé; nous avons en même temps précisé les structures hiérarchiques qui, à notre avis, pourraient le mieux satisfaire les besoins de tous les Canadiens.

Nous nous proposons ici d'examiner plus en détail la structure hiérarchique que nous recommandons, d'indiquer le fondement de ces recommandations et finalement d'indiquer les améliorations qui résulteraient de tels changements. Nous n'avons pas recommandé de changements hiérarchiques pour le plaisir. Nous avons reconnu que tous les organismes du domaine de la santé, qu'ils soient privés, bénévoles, gouvernementaux ou qu'ils combinent plusieurs de ces caractéristiques, ne sont rien de plus que des intermédiaires, des dispositifs destinés à faire rencontrer les individus qui ont besoin de services de santé et ceux qui peuvent les fournir. Néanmoins, pour bien servir les besoins des consommateurs et des fournisseurs de services de santé, les organismes doivent continuer à s'adapter, comme ils l'ont fait par le passé, aux forces qui occasionnent et continueront d'occasionner des changements dans ce pays. Nos recommandations dans ce domaine ne visent qu'à faciliter ce processus. Elles sont destinées à encourager la collaboration entre les praticiens privés, les organismes privés et les organismes publics afin de mettre à la disposition de tous les Canadiens les découvertes des sciences

de la santé, sans empêchements d'aucune sorte, et ainsi de leur permettre d'utiliser de la façon la plus efficace possible toutes les ressources de santé du pays.

TENDANCES RÉCENTES DE L'ORGANISATION DANS LE MONDE DES AFFAIRES ET DU GOUVERNEMENT

Dans presque tous les secteurs de l'économie, la caractéristique la plus frappante des organismes modernes, qu'ils soient privés ou publics, est la conscience du besoin de changement, du besoin d'adaptation aux développements technologiques, aux modifications de la demande, aux mouvements de population. En outre, en même temps qu'on est conscient du besoin de changement, on se préoccupe de plus en plus de la planification—de préparer des projections de la demande, de déterminer des objectifs, d'évaluer diverses méthodes d'atteindre un but, d'évaluer le rendement passé afin de décider de la ligne de conduite à prendre et d'établir une vue plus large des conséquences des décisions individuelles pour l'économie ou la société toute entière.

Dans une certaine mesure, il s'agit d'une conséquence de la croissance des organismes. Dans de nombreux secteurs de l'économie, la rareté de la main-d'œuvre spécialisée et les gains en productivité qu'on peut obtenir par la spécialisation de la fonction et la consolidation des procédés de mise en marché, ont profondément influencé la structure hiérarchique: les organismes sont plus considérables, il y a moins de petites unités et les unités de production et de distribution sont concentrées dans de grands centres de population. Ces changements se manifestent dans le commerce de détail tout comme dans la fabrication des automobiles; dans les services de transport tout comme dans l'industrie de l'alimentation. Les services produits dans le secteur public de l'économie n'ont pas été non plus à l'abri de ces changements. Pour n'en nommer que deux, les agences gouvernementales et le système d'éducation ont été soumis au même procédé. L'institution d'enseignement moyenne, par exemple, est plus considérable et fournit un plus grand nombre de services spécialisés pour une région plus grande, à mesure que la croissance des connaissances et la rareté relative des spécialistes a conduit à l'intégration de petites unités locales en une unité régionale plus grande. Les unités locales de gouvernement se sont de même agrandies à mesure que les avantages que comportent des régions plus considérables amenaient le fusionnement.

A mesure que les organismes privés et gouvernementaux croissaient en ampleur et en complexité, on se rendait de plus en plus compte qu'il fallait s'assurer que le grand organisme complexe atteint réellement ses buts, qu'il répond effectivement aux besoins de la collectivité et qu'il utilise efficacement les ressources rares. Les gains dus aux dimensions de l'entreprise peuvent être contrebalancés par les pertes dues à la centralisation, ce qui amène l'organisme à ne pas se conformer aux désirs de ceux qui achètent

le produit ou à être incapable de créer de nouveaux produits, de réussir des innovations dans le produit et dans la production. Il se peut aussi qu'on gaspille des ressources rares à la périphérie parce qu'on n'a pas su coordonner la prise des décisions au centre. Une centralisation excessive peut amener un gouvernement à ne pas fournir d'une façon suffisante et efficace les services que le public désire.

Dans une économie concurrentielle, si une maison ne produisait pas les biens et les services que la population désire, ou les produisait à un coût plus élevé qu'un concurrent, elle verrait en fin de compte ses bénéfices sérieusement réduits et devrait peut-être même se retirer des affaires. Dans ces circonstances, le perfectionnement d'ordinateurs à haute vitesse et les progrès de la théorie de l'information ont permis à la direction d'une entreprise de se préoccuper de plus en plus de l'évaluation des objectifs, des moyens disponibles pour atteindre ces objectifs et des conflits possibles d'objectifs. Ceux qui sont chargés de prendre les décisions peuvent maintenant tenir compte d'un plus grand nombre de variables dans leurs projections de l'avenir de l'organisme, ce qui leur donne plus de justesse dans la prise de décisions fondamentales. L'exploitation peut aussi être décentralisée davantage puisque l'activité d'unités de ce genre peut rapidement être revue et modifiée si nécessaire. On évite ainsi une fragmentation inutile de la responsabilité de même que le gaspillage de talents rares. On atteint l'objectif général de l'organisme tout en décentralisant efficacement la prise des décisions pour permettre le plus de liberté possible à l'individu. En somme, on encourage l'interdépendance et la souplesse plutôt que la bureaucratie.

Les organismes, comme les gouvernements, qui fournissent des services qui ne sont pas soumis à l'épreuve du marché, sont aussi très conscients du besoin d'une évaluation constante de leur aptitude à répondre aux besoins du public ou des moyens employés pour atteindre leurs buts. Le Rapport de la Commission royale d'enquête sur l'organisation du gouvernement souligne le besoin de cette évaluation. A propos du problème du double emploi et du chevauchement de la responsabilité dans le domaine de la défense, les Commissaires déclaraient que: « ... il se développe rapidement des domaines d'activité commune aux trois armes, auxquels l'ancienne forme d'organisation ne convient pas. On reconnaît de plus en plus qu'on ne peut justifier la conservation de trois organismes pour remplir ces fonctions. D'ailleurs, la pénurie chronique des spécialistes de toutes sortes est un facteur qu'on ne saurait négliger[1].» La Commission a aussi souligné comme il suit le besoin de décentraliser les opérations tout en centralisant l'établissement de la ligne de conduite: « ... lorsque l'autorité ministérielle est trop concentrée, elle engendre la congestion à la tête de l'administration et la paralysie aux extrémités, avec tous les inconvénients et les retards que cela peut entraîner pour le public[2].» Ici, comme dans le domaine des affaires,

[1] Commission royale d'enquête sur l'organisation du gouvernement, volume 4, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1963, p. 69.

[2] *Ibid.*, volume 5, p. 78.

l'emploi d'ordinateurs et la mise au point de techniques permettant d'évaluer les coûts et les avantages de méthodes différentes, permettent maintenant de soumettre dans une certaine mesure les programmes gouvernementaux à une analyse rationnelle. La Commission a souligné le fait qu'il fallait de tels outils dans de nombreux secteurs de l'activité gouvernementale.

En même temps qu'on insiste sur l'auto-évaluation de l'administration, on devient de plus en plus conscient du fait que les décisions individuelles peuvent avoir des conséquences imprévues pour la collectivité. C'est-à-dire qu'il est maintenant évident que les décisions prises dans un domaine peuvent avoir, par suite du manque de renseignements complets, des conséquences imprévues dans un autre domaine. La concentration de la production industrielle dans les régions métropolitaines et la décadence économique et sociale des régions où les industries ont été fermées, peuvent avoir des conséquences pour les deux régions, conséquences dont les administrateurs privés chargés de prendre des décisions n'ont pas tenu compte. Nous pourrions énumérer beaucoup d'autres conflits de ce genre, mais le besoin d'organisation est évident. On accepte de plus en plus qu'un organisme public ou semi-public doive s'occuper de fournir une vue d'ensemble, de souligner les endroits où il peut y avoir des conflits de ligne de conduite ou d'administration.

C'est à partir de cette évolution que s'explique l'intérêt actuel pour la «planification», qui implique la reconnaissance du fait qu'il faut une vue plus large des conséquences et des résultats de la prise des décisions. Il en est résulté la formation d'organismes comme le Conseil national de développement économique en Grande-Bretagne, et le Conseil économique du Canada. Ces organismes comprennent des représentants de groupes comme le patronat et le travail, et possèdent un personnel technique. Ils tentent d'établir des taux de croissance économique, d'évaluer divers moyens d'atteindre la croissance, et par le poids de leur autorité, ils cherchent à convaincre le gouvernement, le monde des affaires et le monde du travail d'avoir une vue à long terme de la croissance économique et d'adopter des lignes de conduite qui ne viennent pas en conflit avec un taux élevé de réussite, mais y conduisent. Ce genre de planification a reçu le nom de «planification consultative», puisqu'on se borne à tracer le chemin à suivre sans que l'organisme de planification ait le pouvoir de prendre des mesures pour changer la situation. Par suite de succès importants, cette planification est devenue une partie essentielle de la plupart des économies occidentales.

TENDANCES RÉCENTES DE L'ORGANISATION DES SERVICES DE SANTÉ

Il est évident que les organismes commerciaux et gouvernementaux qui existent au Canada aujourd'hui sont profondément différents de ceux qui existaient il y a une génération. Ils apprennent à vivre dans un monde en constante évolution, où il faut un certain degré de coordination et de

planification, où les théories mathématiques de la prise de décision et l'équipement de traitement des données sont utilisés pour atteindre à la fois le but de l'organisme lui-même aussi bien que ceux de la société toute entière. Jusqu'à quel point les organismes qui s'occupent de soins de santé et de services de santé se sont-ils aussi adaptés à ce monde? Quel a été leur succès face aux problèmes de l'organisation et de la planification?

Pour tenter de répondre à ces questions, il faut se rappeler que les services de santé sont un produit relativement unique en ce que les forces ordinaires du marché ne jouent pas dans la même mesure que dans la production et la distribution de la plupart des autres biens et services. Les services de santé ne sont pas généralement produits par des sociétés commerciales se finançant à même le marché, employant un personnel de santé à salaire, s'occupant de recherches et de formation au travail et finançant toute cette activité par la vente de services de santé dans un marché concurrentiel. Au contraire, ils sont produits par toute une variété de personnes et de fournisseurs indépendants, dont certains sont des praticiens indépendants, d'autres des organismes gouvernementaux ou privés. Par exemple, une des composantes les plus importantes dans la provision des soins de santé est l'hôpital où des praticiens indépendants ont accès à un personnel auxiliaire compétent et à un capital, sans qu'il leur coûte rien. Cependant, les hôpitaux sont généralement organisés sur une base non lucrative par des organismes privés ou gouvernementaux, et financent leur accumulation de capital par la philanthropie ou des subventions gouvernementales et obtiennent leur revenu d'exploitation surtout des paiements faits en vertu de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques. De même, ce n'est pas l'entreprise privée à but lucratif, mais des organismes gouvernementaux et bénévoles qui sont responsables de la fourniture des services communautaires de santé, de l'exploitation de régimes de soins à domicile, de régimes de réadaptation, du financement de la recherche pour la santé et de la fourniture d'installations d'enseignement. Ces activités sont financées presque entièrement par la taxation ou la philanthropie.

Ces caractéristiques particulières des services de santé ont conduit à une structure institutionnelle où la production et l'emploi des ressources sont généralement beaucoup moins influencés par la concurrence et la recherche des bénéfices que ce n'est le cas dans l'économie en général. Il est également vrai que l'influence du consommateur est beaucoup moins considérable dans ce domaine. A la différence de beaucoup d'autres biens et services, le consommateur est, en règle générale, incapable d'évaluer pleinement les services de santé qu'il reçoit, ou même s'il en a besoin. Il est vrai que c'est généralement l'individu ou le chef de famille qui décide d'acheter des services de santé, d'aller voir un médecin ou un dentiste. Mais les services hospitaliers, les services médicaux, les médicaments prescrits et les soins dentaires ne peuvent s'obtenir que par la décision d'un médecin ou d'un dentiste et c'est généralement le praticien qui détermine la quantité, le genre et la localisation des services reçus. Dans ce domaine, le récipiendaire n'a pas la compétence requise pour juger de ce qui est indiqué.

Les consommateurs ne sont évidemment pas toujours bons juges de quantité de produits qu'ils achètent. On a établi des lois pour contrôler la qualité de nombreux produits d'alimentation ou pour fournir des renseignements permettant aux consommateurs d'acheter des biens avec un certain degré de compétence. Cependant, les services de santé, de même que d'autres services professionnels, comme les services juridiques et les services d'éducation, sont relativement uniques en ce qu'il ne semble y avoir aucune façon de fournir à l'acheteur des renseignements suffisants pour lui permettre de juger la qualité du service qu'il achète. En outre, tandis que la consommation de services juridiques ou éducatifs risque peu d'être dommageable à l'individu, ce n'est pas le cas pour de nombreux services de santé. Ainsi, une chirurgie inutile, des services radiologiques excessifs ou des médicaments prescrits en trop grand nombre peuvent avoir des conséquences graves pour l'usager. Il s'ensuit donc que pour la majorité des services de santé, la quantité, le type et la localisation des services de santé doivent faire l'objet d'une décision du praticien, pour des raisons médicales ou des raisons de santé. Le jugement de la profession détermine la qualité des soins et le consommateur ne fait en général rien de plus qu'accepter la décision du praticien.

Mais beaucoup d'individus n'ont pas les connaissances nécessaires ou ne se rendent même pas compte qu'ils ont besoin de services de santé. Puisque de nombreux individus, particulièrement des enfants, pourraient souffrir d'une façon permanente d'un manque de soins de santé, il a fallu créer une demande, rendre les individus conscients du besoin de services de santé, soit par la réclame, l'éducation, ou des programmes d'examen en masse (comme ceux qui sont en vigueur pour la tuberculose) exécutés par des organismes professionnels, privés ou gouvernementaux.

Finalement, étant donné la diversité des services requis pour le traitement de certains états de santé particuliers aux malades chroniques ou aux infirmes, qu'ils soient jeunes ou vieux, il est difficile pour les individus soit d'identifier toute la gamme des services dont ils ont besoin, ou d'y avoir accès. S'il est facile d'aller au magasin acheter les divers ingrédients requis pour faire un dîner, il n'est pas si facile d'acquérir les services d'un médecin, d'une infirmière d'hygiène publique, d'un physiothérapeute, d'un travailleur social, d'une aide domestique, d'un professeur spécialisé ou d'une ambulance; tout ceci peut cependant être nécessaire pour le bon traitement d'une personne infirme ou malade.

Étant donné ces circonstances spéciales, il ne saurait y avoir de doute que les organismes de la santé ont montré une adaptabilité considérable à un monde en rapide évolution—bien que la concurrence soit limitée parmi les fournisseurs de services de santé. Ils ont tiré profit des gains en productivité que permet l'emploi d'un personnel spécialisé et d'une quantité croissante d'équipement de capital. Il en est résulté des changements significatifs dans la localisation et l'amplitude des unités organisationnelles. Par exemple, il n'est plus guère question que les services médicaux soient fournis par un praticien isolé travaillant au domicile du malade sans profiter d'un personnel

auxiliaire spécialisé et d'un équipement approprié. Au contraire, les services médicaux sont de plus en plus fournis au cabinet du praticien ou à l'hôpital où il existe toute une variété de personnel auxiliaire et d'équipement; le paiement s'effectue, dans bien des cas, par l'entremise d'un mécanisme quelconque de paiement par anticipation. L'unité moyenne d'organisation a conséquemment tendu à s'accroître puisque les médecins travaillent en association ou en exercice groupé et que les soins hospitaliers sont concentrés dans les hôpitaux généraux plus considérables. Nous avons délimité au volume I les avantages de cette évolution sous la forme d'une efficacité accrue des médecins et des dentistes et d'un traitement plus efficace de la maladie[1].

Il faut souligner l'importance particulière du succès des efforts conjoints des gouvernements, des organismes privés et du public en général pour la fourniture de lits d'hôpital. Malgré quelques pénuries locales aiguës, le nombre de lits d'hôpital a augmenté pour répondre à la demande de la population canadienne. De même, les efforts conjoints des organismes privés, des praticiens et des gouvernements ont fait beaucoup pour fournir des services organisés pour les malades qui doivent garder la maison, pour la réadaptation des malades chroniques et des infirmes, pour l'éducation de la population canadienne dans le domaine de la santé, pour le financement de recherches sur la santé et pour la fourniture d'installations d'enseignement et de bourses pour la formation du personnel de la santé[2].

Les professions et les institutions de la santé, de même que les gouvernements, ont admis que les individus et les familles ne déterminent pas en général la quantité de services de santé qu'ils reçoivent—sauf la première consultation—et qu'ils sont incapables d'évaluer les services qu'ils reçoivent d'une façon juste. Par conséquent, le gouvernement et les professions ont mis au point des techniques pour faire, à la place de l'individu, ce qu'il ne peut pas faire lui-même. De par la loi, l'exercice de la médecine, de l'art dentaire, de la profession d'infirmière, de la pharmacie et des autres occupations de la santé est limité à ceux qui sont professionnellement compétents; les hôpitaux doivent être approuvés et en général, les gouvernements canadiens, agissant au nom de leurs citoyens, assurent que les institutions et le personnel sont compétents pour s'acquitter de leur tâche. Les organismes professionnels ont des exigences sévères avant d'accorder l'homologation ou de permettre à un praticien de se déclarer spécialiste dans tel domaine de la santé.

Les problèmes qu'implique le maintien d'une haute qualité de soins de santé dans un monde en rapide évolution scientifique et technique ont été résolus par les hôpitaux et la profession médicale au moyen du programme d'accréditation du Conseil canadien de l'accréditation des hôpitaux[3]. Les comités d'admission et de radiation des hôpitaux ont une importance particulière; ces comités évaluent du point de vue médical les admissions à l'hôpital et la durée du séjour. Le comité des tissus examine le volume et

[1] Voir volume I, chapitres 7 et 13.
[2] Voir chapitres 6 et 8.
[3] Voir volume I, chapitre 13, pp. 548 à 551.

le genre de chirurgie effectués par les chirurgiens et le comité de vérification médicale revoit les diagnostics et les dossiers et fournit une méthode normalisée d'évaluer la qualité des soins médicaux fournis par les médecins, y compris à la fois le genre et la quantité des services.

Les régimes de paiement par anticipation organisés par les médecins ont aussi commencé à mettre au point des techniques pour évaluer la qualité des soins médicaux. Nous citons le mémoire de *Trans-Canada Medical Plans:* « . . . au moyen des dossiers de réclamations des abonnés, au moyen des règlements des réclamations, par l'application de techniques de mesures et en soumettant les réclamations au comité d'arbitrage médical, les régimes ont contribué d'une façon substantielle aux efforts de la profession pour maintenir la haute qualité des soins médicaux . . . Pour les réclamations inusitées et pour les cas complexes, il existe des comités d'arbitrage médical ou d'autres dispositifs semblables, par l'entremise de la division provinciale, pour aider au règlement[1].»

Dans son mémoire présenté à la Commission, le *Manitoba Medical Service* déclare: «sous la direction d'un expert conseil, on prépare un profile statistique pour chaque médecin, identifié par un numéro d'ordre. On peut ainsi séparer ceux qui, de prime abord, semblent présenter un schème inusité de services aux abonnés . . . L'interprétation exige qu'on supprime l'anonymat, au besoin, pour permettre au comité de révision médicale d'analyser un schème inusité. On compare alors le dossier microfilmé de ce médecin à celui de ses pairs dans le même domaine de la médecine[2].»

Au moyen de cours de perfectionnement dans les écoles de médecine, de conférences et de classes aux réunions des associations médicales locales, provinciales et nationales, la profession médicale a aussi contribué à l'amélioration de la qualité des services de santé, tout comme l'art dentaire, la profession d'infirmière et les autres professions de la santé. Les organismes gouvernementaux aussi, particulièrement les divisions hospitalières provinciales, s'occupent de maintenir et d'améliorer la qualité des soins hospitaliers.

Cependant, il est clair, d'après les preuves qui nous ont été présentées et d'après nos propres analyses et nos propres études, que l'organisation des services de santé laisse encore beaucoup à désirer. Au chapitre 8, nous examinerons avec plus de détails les lacunes qui sont manifestes dans l'organisation des services de santé au niveau local. Malgré les contributions des praticiens, des organismes privés et gouvernementaux, sauf dans quelques rares cas, aucune organisation n'a été mise sur pied pour fournir des régimes de soins à domicile ou des régimes de réadaptation à la grande majorité des Canadiens. Ici, la méthode des organismes multiples, bien qu'elle ait amené dans certains cas des solutions neuves à ces problèmes, n'a pas,

---

[1] *Trans-Canada Medical Plans (1960)*, mémoire présenté à la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Toronto, 8 mai 1962, p. 28. Voir aussi, *Windsor Medical Services, Inc., ibid.*, p. 13.

[2] *Manitoba Medical Service*, mémoire présenté à la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Winnipeg, 16 janvier 1962, pp. 14 et 15.

sous sa forme actuelle, fourni à tous les Canadiens les services de santé les plus efficaces.

Dans le domaine de la construction hospitalière, bien qu'on s'entende généralement pour reconnaître que la planification de l'organisation et du développement des services hospitaliers soit souhaitable, et bien qu'on ait pris des mesures concrètes pour mettre en œuvre une telle planification dans quelques cas, il reste encore beaucoup à faire pour en arriver à une utilisation efficace des ressources hospitalières tout en répondant aux besoins légitimes des malades.

L'Association canadienne des hôpitaux, dans un mémoire présenté à la Commission, a bien exprimé le besoin d'une telle planification: «Un plan directeur (provincial) doit servir à établir des installations hospitalières essentielles aux bons endroits, de sorte que soient disponibles, à une distance raisonnable de tous les habitants de la province, des services hospitaliers suffisants de haute qualité, sans duplication indue ni gaspillage des ressources[1].» Le plan devrait reposer, selon l'Association, sur trois hypothèses principales:

1. Puisque les maladies graves exigeant des soins chirurgicaux et médicaux avancés se produisent tout autant dans les régions rurales que dans les régions urbaines, il est souhaitable d'améliorer les services disponibles à l'extérieur des principaux centres urbains en fournissant de meilleures installations pour la médecine avancée à des hôpitaux clefs bien placés à travers la province.
2. Puisque les services hospitaliers complexes de haute qualité exigeant un équipement dispendieux et un personnel hautement spécialisé ne peuvent être fourni ou ne peuvent pas être fourni à un prix raisonnable dans les petits hôpitaux et les foyers de garde, on doit s'occuper surtout d'établir des hôpitaux de district plus considérables et non pas un grand nombre de petites unités, insuffisantes et inéconomiques.
3. Pour permettre aux hôpitaux d'importance moyenne et aux petits hôpitaux de fournir de meilleurs services, il est souhaitable que les grands hôpitaux aident les hôpitaux plus petits en leur fournissant les services (diagnostics, traitements, enseignement et administration) que ces petits hôpitaux ne peuvent pas fournir individuellement.

Tous les groupes qui se sont penchés sur le problème sont en faveur de l'établissement de ces hôpitaux régionaux.

Dès 1951, la Commission de planification des services de santé de la Saskatchewan introduisait la planification régionale des hôpitaux et en 1961, elle mettait ce système à jour en établissant un plan directeur, qui prévoyait l'établissement d'un système hospitalier régional réorganisé compor-

[1] *Association canadienne des hôpitaux*, mémoire présenté à la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Toronto, mai 1962, p. 75.

tant un nombre réduit de régions; l'établissement d'hôpitaux régionaux, d'hôpitaux de district et de petits hôpitaux locaux à fonction limitée; et la coordination du programme hospitalier général avec les programmes de santé communautaires qui s'y rapportaient. Le Comité d'enquête sur les besoins hospitaliers du Toronto métropolitain a recommandé l'établissement d'un plan directeur pour le développement d'une installation hospitalière dans le Toronto métropolitain; ce plan serait du même genre. Le Bureau d'enquête sur les hôpitaux du Manitoba a aussi établi un plan relatif à la distribution des hôpitaux de même qu'aux effectifs et à la distribution du personnel hospitalier[1].

Malgré cette évolution, la planification régionale des services hospitaliers est encore loin d'être efficace. Comme nous l'avons fait remarquer au volume I, la décision de construire des hôpitaux a souvent été affectée par des considérations autres que les besoins réels de santé: philanthropie, orgueil local ou même pressions politiques. On a aussi construit des hôpitaux parce qu'il n'y avait pas d'autres installations de santé ou à cause de la nature limitée de la couverture prévue par les services existants de paiement par anticipation des services de santé. Les organismes actuels qui s'occupent des hôpitaux n'ont pas encore réussi à résoudre le problème du gaspillage des ressources hospitalières.

La qualité des soins de santé, bien qu'elle soit en maints endroits aussi élevés que n'importe où ailleurs dans le monde, n'atteint pas encore, pour toute la gamme des services de santé et dans toute l'étendue du pays, les normes qui sont réalisables. Les hôpitaux ne sont pas tous accrédités, les hôpitaux n'ont pas tous les techniques et les dossiers nécessaires pour évaluer la qualité du travail professionnel. Beaucoup de médecins exercent dans de petits hôpitaux où il est difficile d'organiser le personnel médical et de fournir ainsi un contrôle professionnel suffisant de la qualité. Dans le cas du personnel travaillant à l'extérieur de l'hôpital, les renseignements en notre possession laissent croire qu'il peut y avoir des lacunes sérieuses dans la qualité de l'exercice médical[2].

Enfin, dans le domaine de la planification de la fourniture des services de santé, domaine qui prend une importance croissante, malgré les améliorations, les lacunes actuelles sautent aux yeux. L'insuffisance de la planification actuelle est manifeste lorsqu'on se rend compte qu'il faut un programme accéléré pour satisfaire les besoins en effectifs de la prochaine décennie. De même, les pénuries d'infirmières possédant une formation universitaire, d'auxiliaires dentaires compétents et de personnel paramédical, soulignent que la structure actuelle est incapable de fournir les compétences particulières requises dans un monde en rapide évolution. De même, bien

[1] Une méthode semblable a été établie en Angleterre, où les avantages d'un système hospitalier régional, en même temps qu'un programme prévoyant une plus grande intégration des hôpitaux avec les organismes fournissant des soins et des traitements hors de l'hôpital, ont amené l'établissement d'un plan hospitalier régional qui doit être pleinement mis en œuvre en 1975.

[2] Voir volume I, chapitre 2, p. 52 et chapitre 13 pp. 544 à 550, pour l'étude de ces points dans leur rapport avec les médecins et les hôpitaux.

qu'un laps de temps considérable se soit écoulé depuis l'introduction de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques, on n'a pas encore établi de techniques satisfaisantes pour établir un apport entre le développement dans ce domaine et dans les autres domaines des services de santé. Les lacunes du système actuel montrent bien qu'on n'a pas réussi à mettre sur pied les installations et les effectifs nécessaires pour la recherche médicale et la recherche dans d'autres domaines de la santé au Canada[1].

Il ne fait pas de doute que le public, les professions de la santé, les organismes privés de santé et les gouvernements, travaillant individuellement et en collaboration, ont fait beaucoup pour améliorer la qualité des services de santé que reçoivent les Canadiens. Ils se sont adaptés aux dynamismes du changement. Mais il y a encore place pour de nouvelles améliorations. Il y a encore un décalage entre ce qui est et ce qui pourrait être. En outre, les décalages les plus considérables se situent dans le secteur le plus important—la formulation d'objectifs à long terme aux niveaux local, provincial et fédéral; l'établissement d'une méthode systématique permettant d'évaluer jusqu'à quel point ces objectifs ont été atteints; la mise au point d'un mécanisme permettant à ceux qui utilisent les services de santé et à ceux qui les fournissent de participer pleinement à la formulation des objectifs et à l'évaluation de leurs résultats. L'organisation future des services de santé que nous recommandons est conçue de façon à combler ces lacunes.

ORGANISATION FUTURE DES SERVICES DE SANTÉ

Les organismes qui œuvreront à l'avenir dans le domaine des services de santé, s'occuperont de beaucoup d'autres choses que l'établissement d'objectifs et de l'évaluation des résultats. Certains organismes de santé seront chargés de payer les services de santé, d'autres d'organiser leur fourniture. Il se peut que certains organismes s'occupent des trois fonctions.

Pour étudier ce sujet complexe, nous avons cru bon de le diviser en deux parties. La première partie est consacrée à l'examen des organismes qui s'occupent de la prestation des services de santé. La seconde partie examine les organismes qui sont chargés de payer les services de santé, d'établir les objectifs et d'évaluer le succès des diverses composantes du Régime de services de santé.

Prestation des services de santé

La structure hiérarchique que nous proposons ne prévoit aucun changement essentiel en ce qui a trait à la responsabilité pour la prestation des services de santé. Les praticiens, dans l'exercice de leur profession, continueront à exercer leur fonction professionnelle d'une façon libre et indépendante. Ils continueront à décider quels services de santé leurs malades doivent recevoir et demeureront des «entrepreneurs indépendants» ou des

[1] Voir chapitre 4.

membres de groupes professionnels responsables du maintien de la qualité des soins de santé. *Aucune profession n'est nationalisée; aucun professionnel ne devient employé de l'État; aucun praticien n'est obligé à travailler dans une région donnée ni de faire un travail donné et on ne l'empêche pas d'exercer sa profession en fonction de sa formation, de son expérience et de son éthique professionnelle. En fait, nous avons recommandé dans le domaine des soins médicaux, de continuer et d'augmenter les régimes de paiement par anticipation des soins médicaux qui fonctionnent d'après un «contrat de service» et qui ont été mis en œuvre avec tant de succès par les médecins canadiens et leurs associés.*

Les organismes privés continueront aussi à jouer leur rôle dans la prestation des services de santé ou dans le maintien d'organismes quelconques qui mettent à la disposition des Canadiens les services de praticiens, de personnel auxiliaire et d'équipement. La propriété et l'exploitation des hôpitaux publics, qui, dans une large mesure, appartiennent à des groupes privés ou à des ordres religieux, ne seraient pas affectées par les régimes que nous recommandons, à moins qu'une municipalité ne veuille faire autrement[1]. La nationalisation des hôpitaux dans les provinces n'est pas nécessaire pour atteindre les objectifs, soit la haute qualité et l'efficacité des soins hospitaliers, à condition qu'on prenne des mesures pour établir des organismes consultatifs et des organismes de planification. Ici encore, comme nous le soulignons aux chapitres 6 et 8, nous prévoyons que les organismes privés de santé continueront à participer aux régimes de soins à domicile, aux services de réadaptation, aux régimes communautaires de soins infirmiers, à la formation du personnel de la santé, à la formation du grand public dans le domaine de la santé et au financement de la recherche sur la santé.

Les praticiens privés ou les organismes privés continueront à fournir le gros des services de santé, tandis que les autorités publiques continueront à fournir la plupart des services d'hygiène publique. L'étendue des services gouvernementaux dépend cependant de l'évolution historique d'une province en ce qui a trait au choix des organismes, qui diffèrent évidemment de province en province.

Il est évident que les départements d'hygiène seront toujours responsables de la prestation des services dans le domaine de la salubrité publique, de la lutte contre les maladies contagieuses, de l'exploitation des laboratoires d'hygiène publique et du transport dans les régions éloignées ou isolées. Ces fonctions d'hygiène publique sont une partie vitale des soins de santé et ne peuvent en général être assumées ni par les praticiens privés ni par des organismes privés.

Par ailleurs, certains services de santé peuvent être fournis par un organisme gouvernemental, un organisme privé ou un praticien privé. Dans le cas des soins hospitaliers, la pratique diffère selon la province et le genre de soins hospitaliers. Les gouvernements provinciaux, sauf dans la province

[1] Nous comprenons parmi les hôpitaux privés, les hôpitaux locaux exploités par une commission élue ou nommée au nom du gouvernement local ou municipal.

de Québec, exploitent la plupart des hôpitaux pour maladies mentales, tandis que dans la moitié des provinces, les gouvernements provinciaux exploitent des hôpitaux pour tuberculeux. Les gouvernements provinciaux des provinces de l'Atlantique exploitent un certain nombre d'hôpitaux de traitement actif, ce qui se fait rarement ailleurs au Canada. Les services de laboratoire diffèrent également beaucoup entre les provinces, comme l'immunisation, et les soins pré et post-natals. Nous avons déjà parlé des différentes façons de fournir les soins à domicile et les services de réadaptation.

Nous ne nous intéressons pas d'abord à la question de savoir *qui* devrait fournir les divers soins de santé dont les Canadiens ont besoin; ce qui nous préoccupe c'est *qu'ils soient fournis,* et qu'ils soient d'une haute qualité. Si les municipalités et les gouvernements provinciaux décident de fournir les soins de santé, la réadaptation, les soins infirmiers à domicile et d'autres services, par l'entremise de départements de l'hygiène publique, parce qu'ils croient que c'est la meilleure façon de maintenir une haute qualité et un service efficace, il n'y a aucune raison inhérente pour qu'ils ne le fassent pas. Les municipalités qui veulent continuer à exploiter des services d'hygiène scolaire ou des cliniques pour les bébés, peuvent le faire. Là où les gouvernements municipaux ou provinciaux exploitent des hôpitaux, nous n'avons pas recommandé de changements. Nous ne voulons pas voir les gouvernements prendre charge des hôpitaux privés, et, selon nous, il n'y a aucune raison de le faire et de nombreuses raisons de ne pas le faire.

L'essentiel de notre position c'est que les provinces devraient être libres de choisir le type d'institution responsable des soins de santé. La diversité, qui permet l'expérience, l'innovation et l'amélioration, est préférable à un régime complètement uniforme ou centralisé. Puisque chaque province est libre de mettre au point sa propre méthode de prestation des services, il existe une large possibilité d'expérimentation dans la recherche de la meilleure façon de fournir des services de santé qui répondront le mieux aux besoins de la collectivité.

Ceci ne signifie pas qu'il n'y aura aucune modification dans la responsabilité des praticiens privés, des organismes privés et des gouvernements, en ce qui a trait à la prestation de tel ou tel service de santé. Quand tous les Canadiens auront accès aux services d'un médecin sans aucune barrière financière, les services de santé personnels et les services préventifs qui sont maintenant fournis dans les hôpitaux ou dans des institutions locales d'hygiène, pourront dans certains cas devenir la responsabilité du médecin en exercice privé. Avec l'élimination graduelle des grands hôpitaux pour maladies mentales, à mesure que les malades seront traités dans des quartiers psychiatriques rattachés aux hôpitaux généraux, il se pourrait bien que les hôpitaux pour maladies mentales exploités par les gouvernements provinciaux soient remplacés par l'expansion des hôpitaux privés ou municipaux. Aussi, là où les services régionaux d'hygiène publique sont étroitement coordonnés avec un service hospitalier régional, il se peut que certains services qui sont maintenant fournis dans les hôpitaux se donnent dans les cliniques d'hygiène publique, tandis que les services qui se donnent actuellement

dans les cliniques d'hygiène publique pourront être offerts par les services externes des hôpitaux. Il se peut que certains services diagnostiques et radiologiques passent de l'hôpital à la clinique d'exercice groupé alors que pour les praticiens isolés, la mise en œuvre du Régime de services de santé pourrait amener une utilisation accrue des services de laboratoires du gouvernement provincial ou de l'hôpital régional de même que des services de spécialistes visiteurs.

Nous reconnaissons aussi qu'il peut y avoir à l'avenir une certaine redistribution des responsabilités pour la prestation des services communautaires ou des services d'hygiène publique au sein des provinces. La population d'une province et le développement du gouvernement local influencent ensemble le niveau où les services d'hygiène publique sont fournis et il y a en conséquence des variations entre les provinces[1]. Dans certaines provinces, les services d'hygiène publique comme le transport des malades, la salubrité publique, la lutte contre les maladies contagieuses, les laboratoires d'hygiène publique, les infirmières d'hygiène publique et la fluoruration peuvent être à la charge du ministère provincial de la santé, dans d'autres provinces ces services peuvent relever de divisions régionales tandis que dans d'autres provinces encore, les gouvernements municipaux auront part à ces tâches.

Étant donné les situations diverses résultant de l'évolution historique, il n'est ni possible ni souhaitable à ce moment de recommander une forme normalisée d'organisation pour la prestation des services d'hygiène publique. Ce qui nous intéresse c'est que, quelle que soit la distribution ou la responsabilité pour ces services, aucune lacune ne puisse demeurer et que les services d'hygiène publique soient coordonnés avec ceux que fournissent les organismes privés et les praticiens privés. Nous avons fortement insisté sur ce point dans notre examen de la prestation des services que comportent les programmes de soins à domicile et de réadaptation, et nous voulons insister à nouveau ici.

Dans nos recommandations destinées à améliorer les soins de santé disponibles pour les Canadiens, outre les services de ménagères et d'infirmières d'hygiène publique, que comporte le Régime de soins à domicile, nous recommandons aussi que soient établis des services organisés d'ambulance, des cliniques communautaires d'hygiène mentale, et des cliniques de soins dentaires pour les enfants. Ces services peuvent être fournis par des hôpitaux privés, ou par des organismes privés de santé, mais si tel n'est pas le cas, c'est le gouvernement provincial ou local qui doit s'en charger. L'étendue de la participation directe des gouvernements dans la prestation de ces services dépendra donc des autres formes d'organisation que les provinces et les communautés voudront mettre au point. Si aucun autre organisme n'entreprend d'assurer la prestation de ces services, les gouvernements provinciaux ou locaux devront nécessairement le faire. Il faut satisfaire les besoins de santé du Canada, quel que soit l'agent qui le fasse.

---

[1] J. E. F. Hastings, *Les services de santé communautaires organisés,* étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé. Ottawa, Imprimeur de la Reine. *(Sous presse.)*

Nous ne prévoyons pas une participation accrue du gouvernement fédéral à la prestation même des services de santé. Nous avons étudié aux chapitres 4 et 5 la responsabilité du gouvernement fédéral dans le domaine de la recherche de la santé et de l'organisation de la statistique. De même, seront maintenues les responsabilités statutaires comportant la prestation de soins de santé personnels, comme l'Hygiène dans la fonction publique, la Médecine dans l'aviation civile, la Quarantaine et la Lèpre, les Services médicaux de l'immigration. L'administration des services de santé pour les Indiens et les Esquimaux que nous recommandons au volume I, pour assurer que tous les habitants d'une province reçoivent un traitement égal, modifierait l'activité fédérale dans ces domaines[1]. De même, le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social continuerait à fournir des services de salubrité publique pour le gouvernement fédéral et à fournir des services consultatifs aux provinces dans divers domaines, tout en s'acquittant de ses fonctions statutaires dans le domaine du contrôle des aliments et des drogues[2].

Nos propositions ne sont pas destinées à affecter la prestation de services de santé à des groupes particuliers. Ainsi, les services de santé pour les militaires et les anciens combattants de même que la préparation par l'Organisation des mesures d'urgence en vue de catastrophes, continueront à être assurés par les organismes existants. Il est à noter à ce sujet que l'organisation que nous proposons des services de santé pour la population civile augmentera l'efficacité de ces organismes en cas d'urgence.

Il n'est pas possible de prévoir un plan détaillé pour la prestation des services de santé qui inclurait toutes les possibilités. Nous ne pouvons ni ne voulons préciser qui devrait fournir chacun des services de santé. Ce que nous prévoyons n'est pas une vaste organisation bureaucratique et centralisée chargée à l'exclusion de toute autre de la prestation de tous les services et laissant peu de place à l'initiative et à la responsabilité individuelles. Même si l'efficacité et la responsabilité sont des caractéristiques des grandes entreprises privées ou publiques comme des gouvernements, la nature particulière des services de santé au Canada nous a amenés à prendre parti en faveur d'un système décentralisé pour la prestation des services de santé; ce système respecte la nature fédérale du pays et l'évolution historique de ce domaine des services.

Administration et planification des services de santé

Puisque la prestation des services de santé continuera à relever de toute une variété de personnel et d'organismes, il est de la première nécessité que les dispositions administratives qui seront mises au point facilitent la coordination, l'amélioration et la planification des services de santé de même que la participation de représentants des consommateurs et des producteurs dans le processus de décision.

---

[1] Voir volume I, chapitre 2, recommandation 1(11), p. 21.
[2] *Ibid.*, chapitre 8.

Dans le volume I, quand nous avons étudié la manière dont les services devraient être mis à la disposition du public en vertu du Régime de services de santé, nous avons déclaré que toutes les améliorations au chapitre de l'organisation devraient aussi se faire dans l'esprit de la Charte de santé. Nous répétons ici les déclarations pertinentes.

Toutes les organisations et les procédés administratifs doivent viser à conserver la liberté, l'indépendance et l'autonomie des professions[1].

L'administration au niveau provincial devrait relever d'une Commission représentant la population, les professions de la santé, et le gouvernement et faisant rapport à la Législature par l'entremise du ministre de la Santé. Cette Commission devrait aussi assumer l'administration du Régime d'assurance hospitalière de la province. Le gouvernement provincial devrait être directement représenté à la Commission par les sous-ministres de la Santé et du Bien-être social. Il doit y avoir des comités représentant les diverses professions, avec fonctions consultatives pour les affaires professionnelles; les membres de ces comités de même que les professionnels qui seraient membres de la Commission devraient être nommés seulement après consultation avec les diverses professions.

Il faut prévoir, aux niveaux local, régional, provincial et fédéral, des conseils représentatifs de la planification de la santé pour assurer une participation démocratique à l'établissement des buts et des objectifs et à la formulation de propositions répondant aux besoins humains.

Le gouvernement fédéral devrait participer aux frais d'administration du Régime de services de santé jusqu'à un maximum ne devant pas dépasser 5 p. 100 de sa contribution totale.

Les finances du régime doivent être suffisantes pour fournir un haut niveau de rémunération au personnel de la santé, car les professions de la santé doivent attirer et conserver à l'avenir une proportion plus grande des jeunes gens qu'elles ne l'ont fait par le passé.

Le but de ces recommandations est d'assurer que les meilleurs soins de santé possibles pour les Canadiens deviennent un objectif d'une politique mise en œuvre en accord avec l'évolution de la constitution canadienne. Dans le cadre organisationnel qui existe pour faciliter la poursuite de ce but, les professions de la santé, les institutions d'enseignement et les hôpitaux doivent conserver leur droit à l'autonomie. En établissant les moyens et les méthodes par où atteindre ce but, il faut assurer la participation, la collaboration et la consultation des professions de la santé, des organismes privés, des organismes hospitaliers, des gouvernements municipaux, provinciaux et fédéral et des représentants de la population en général.

Les meilleurs soins de santé possibles pour les Canadiens devenant un objectif de la politique nationale, il est essentiel que l'administration, la planification et l'amélioration des services de santé soient confiées à des organismes qui s'occupent principalement de santé et de besoins de santé.

L'établissement d'un régime complet et universel de services de santé financé au moyen de paiements par anticipation retire la prestation des

[1] Voir volume I, chapitre 2, recommandation 1, p. 19.

services de santé de ce domaine qu'on a appelé avec une certaine imprécision, le bien-être social. Dans un tel programme, l'accès aux services de santé nécessaires pour maintenir et améliorer la santé des Canadiens ne dépendra plus des revenus, de l'âge ou de la situation sociale, mais des besoins des individus définis par les praticiens. Étant donné les avantages, tant sur le plan humain que sur le plan économique, qui résulteront ultimement d'une telle évolution, l'abandon de la technique du bien-être social dans la prestation des soins de santé doit être reconnu comme un pas en avant. Cependant, les organismes de santé doivent être au courant de l'évolution dans d'autres domaines ou de l'effet que peut avoir leur propre activité dans d'autres secteurs. Les organismes gouvernementaux, tant provinciaux que fédéraux, devront peser les demandes des secteurs de services de santé en fonction de toutes les autres demandes auxquelles doivent faire face les ressources de l'économie canadienne. Il est évident que le logement, l'éducation, la récréation de même que les services d'orientation fournis par des agences sociales, influencent la santé et que leur activité doit faire partie de l'ensemble d'informations nécessaires à la prise de décision par les organismes de la santé. Les décisions prises par les organismes de la santé dans le domaine de l'hospitalisation, des soins à domicile et de la réadaptation ont des conséquences qu'il ne faut pas négliger pour d'autres organismes. Les organismes de la santé ne peuvent pas oublier l'effet que leur activité peut avoir sur le développement général de l'économie[1].

Mais de telles activités ne font pas partie de la responsabilité première des organismes de la santé. Ceux-ci doivent se préoccuper d'assurer que les conditions nécessaires à l'amélioration des services de santé soient établies et maintenues. L'administration, la planification et l'amélioration des services de santé devraient être leur première considération. Tout le reste est secondaire.

ADMINISTRATION PROVINCIALE

Parce qu'ils ont des fonctions essentiellement différentes, nous recommandons que l'administration des services de santé au niveau provincial soit confiée à deux organismes: ministères de la santé provinciaux (ou départements régionaux ou locaux), et Commissions des services de santé. Les dé-

[1] Il est évident que les demandes des régimes de services de santé et des programmes d'éducation ainsi que les investissements qui leur sont associés, ne peuvent pas être traités isolément des ressources totales disponibles à l'économie canadienne et des autres demandes faites à ces ressources. Au volume I, nous avons proposé que, étant donné l'augmentation du revenu réel par habitant, au Canada, dans un avenir prévisible, l'allocation des ressources nécessaires pour exploiter le programme au secteur des services de santé de l'économie risque peu d'avoir un effet nocif sur l'économie. Par ailleurs, le moment choisi pour introduire de nouveaux programmes, le rythme où l'on entreprendra de nouvelles constructions—une fois le programme accéléré terminé—doit dépendre de l'état de l'économie à un moment donné. Notre mandat ne comprend pas l'examen des méthodes par lesquelles les dépenses pour les services de santé doivent être conciliées avec les dépenses totales et les divers autres moyens d'utiliser les ressources disponibles à un pays. Il est certain que tous les gouvernements feront de telles évaluations au moment d'introduire les régimes de santé. Un des rôles des conseils de planification de la santé doit être de tenir les gouvernements et l'ensemble des contribuables au courant des ressources requises pour des régimes de services de santé d'une haute qualité ainsi que des avantages que comportent de tels régimes pour les Canadiens.

partements de la santé seraient chargés des services d'hygiène publique; aux Commissions provinciales des services de santé seraient confiés les services de santé personnels fournis en vertu des régimes provinciaux de services de santé. Nous reconnaissons le besoin de coordination entre ces deux secteurs au niveau du gouvernement provincial et nous avons recommandé que le sous-ministre provincial de la santé soit membre *ex officio* de la Commission. Nous commentons aussi, au chapitre 8, les rapports entre la Commission et les départements régionaux d'hygiène.

Une telle Commission des services de santé, libérée de la responsabilité de fournir directement des services de santé personnels, représentant les groupes professionnels en cause de même que le gouvernement provincial et la population en général, ayant accès aux connaissances et aux besoins des professions de la santé, des organismes privés, des gouvernements locaux et de la population, par l'entremise de ses membres et des conseils de planification, pourra mettre au point les services personnels de santé dont la population de la province a besoin. De même, les départements d'hygiène pourront s'occuper de la mise au point et de l'amélioration des services d'hygiène publique dont une collectivité moderne a de plus en plus besoin.

On a dit cependant que si un seul organisme administratif provincial est chargé de l'organisation de tous les services personnels de santé au sein du programme, il peut en résulter le détournement de fonds d'une catégorie de services de santé à une autre, ce qui produirait une réduction dans la qualité des soins dans le premier secteur. Si un seul organisme est chargé d'administrer tous les fonds, le budget d'un fonds en particulier pourrait s'avérer insuffisant.

Il y a plusieurs points à considérer dans ce cas. Le premier—qui est d'une extrême importance—c'est qu'en acceptant le principe du paiement par anticipation des services de santé au moyen de régimes fédéraux-provinciaux, les Canadiens doivent fournir un revenu suffisant pour retenir et attirer le personnel de santé nécessaire au bon fonctionnement de tous les régimes. Si la population croissante du Canada doit recevoir des services de santé satisfaisant et s'améliorant en qualité, l'effectif de personnel compétent doit continuer à augmenter, et à un taux plus rapide. Ceci ne pourra se réaliser que si les professions de la santé deviennent plus attrayantes. Au volume I de notre rapport, nous avons parlé de la volonté expresse des Canadiens de payer pour les avantages d'un régime complet de soins de santé et de la nécessité qu'il y a de faire comprendre aux Canadiens le rapport qui existe entre les taxes et les primes qu'ils devraient payer et les services de santé qu'ils recevraient[1]. Étant donné ces recommandations, le total des fonds disponibles pour financer les régimes devrait être suffisant.

En outre, pour le financement d'un régime complet et universel de services de santé, nous avons conclu que la meilleure méthode de mettre un tel régime à exécution était d'établir des fonds d'assurance-santé semblables aux régimes d'assurance-hospitalisation. Ainsi, chaque service de santé serait

[1] Voir volume I, chapitre 21, pp. 882 et 883.

financé à même son propre fonds, auquel contribueraient les gouvernements fédéral et provinciaux et auquel certains autres revenus seraient destinés. Il y aurait donc une subvention fédérale distincte à la santé pour chacun des services recommandés, par exemple, un fonds distinct pour les services médicaux, un fonds pour les services dentaires, etc. Une telle méthode ferait disparaître les craintes de ceux qui croient qu'un programme serait sacrifié à un autre.

Même si l'on a prévu des fonds d'assurance distincts, ceci ne signifie pas que le développement et la planification des divers services de santé peuvent se faire isolément. La prestation des services hospitaliers, médicaux, des médicaments d'ordonnance, les services de prothèse et les services de soins à domicile sont si intimement reliés l'un à l'autre qu'on ne peut pas les administrer séparément. L'établissement des meilleurs soins de santé possibles pour les Canadiens exige que les Canadiens obtiennent des services de santé de haute qualité et aussi que les ressources de santé soient employées d'une façon économique. Il est évident que ces objectifs sont intimement reliés. Ce dont on ne se rend pas toujours compte, c'est qu'ils peuvent être reliés de deux façons. Il est vrai que si le secteur des services de santé manque de ressources, la qualité des soins se détériorera. Il est également vrai que si des ressources sont appropriées sans discernement à un service de santé en particulier sans un examen complet des conséquences de cette mesure, il peut en résulter une baisse de la qualité totale des soins de santé à mesure que les ressources sont détournées d'autres domaines où elles pourraient peut-être donner un meilleur rendement en termes d'amélioration de la santé.

Dans une large mesure, la prestation des services hospitaliers illustre ces points. Si l'on ne construit pas assez de lits d'hôpital, alors la qualité des soins de santé en souffre. D'autre part, l'emploi de ressources peu abondantes pour augmenter le nombre de lits d'hôpital pour traitement actif peut conduire à négliger les hôpitaux pour maladies chroniques, ou les régimes de soins de santé axés sur l'hôpital et les services externes. Il se peut qu'on traite les malades dans de mauvaises conditions, tandis que les services de médecin, les infirmières et les autres services de santé ne seraient pas utilisés de la meilleure façon possible. Une telle décision affecterait à la fois l'emploi économique des ressources peu abondantes et la qualité des soins de santé.

Cette possibilité montre bien qu'il est bon que la planification régionale tienne compte de plus que du simple nombre de lits d'hôpital. Elle doit tenir compte des besoins des diverses agglomérations et des conséquences du plan quant à la distribution des services des médecins, des services infirmiers, des services dentaires, des points de vente des médicaments prescrits, du personnel paramédical et des autres effectifs, puisque tous ceux-ci seraient affectés et affecteraient à leur tour la distribution des services hospitaliers. Il faut concilier les besoins généraux de la collectivité avec ceux des individus, qu'il s'agisse de consommateurs ou de fournisseurs de services de santé. Nous examinons ce problème avec quelque peu de détails au chapitre 8, mais il est évident qu'une solution satisfaisante ne peut se trouver

que dans le cadre d'une structure attentive aux besoins de tous les groupes et chargée de l'administration de tous les aspects des services de santé.

Le problème a été bien exposé par le Comité consultatif sur l'Assurance hospitalière et les services diagnostiques, en rapport avec le coût actuel et futur des services hospitaliers au Canada[1]. Le Comité a souligné que les services hospitaliers constituent une partie importante du total des services de santé et que des facteurs d'autres domaines contribuent aux pressions qui, en maintes circonstances, augmentaient le coût des services hospitaliers. Il faudrait considérer ces facteurs dans leur rapport avec les services hospitaliers. Le Comité croyait qu'il fallait établir des principes qui serviraient de guides aux diverses provinces dans la mise sur pied de services hospitaliers qui répondraient le mieux à leurs besoins individuels. Une telle évaluation devrait se faire d'une façon permanente puisque les services hospitaliers font partie d'un procédé dynamique qui doit refléter l'évolution des soins de santé. Le premier but de cette évaluation serait d'établir des principes qui pourraient être incorporés dans la mise sur pied planifiée des services essentiels de santé en tenant constamment compte du coût et en l'équilibrant avec la valeur des dispositions en termes d'une haute qualité de soins de santé pour le peuple canadien.

Nous recommandons que les commissions provinciales des services de santé soient chargées d'administrer les régimes provinciaux d'assurance-hospitalisation; ceux-ci assureraient que, dans chaque province, l'évolution de tous les services personnels de santé se fasse dans un cadre administratif qui réduise au minimum le double emploi des services, permette de réaliser l'intégration des services et soit attentif aux besoins de ceux qui utilisent et fournissent les services de santé.

Une fonction importante des Commissions de services de santé sera l'évaluation des régimes des services de santé. La formulation de normes qualitatives des soins de santé et particulièrement l'évaluation de la haute qualité de l'exercice professionnel n'est pas une tâche facile. Cependant, la tâche déjà commencée par des organismes professionnels et hospitaliers de même que par certaines agences gouvernementales, doit être poursuivie plus loin et chaque Commission, au moyen de son propre personnel, de ses membres et de ses comités consultatifs, doit participer à cette évolution.

Puisque les professions de la santé seront représentées aux Commissions, puisque des comités professionnels seront établis pour conseiller les Commissions sur les questions professionnelles, nous pouvons croire que les Commissions seront à la hauteur de cette importante tâche.

Pour s'acquitter de leurs diverses fonctions, les Commissions des services de santé doivent, si les dimensions de la province ou la diversité régionale le justifie, créer des coordonnateurs régionaux des services de santé qui seront chargés de maintenir un contact étroit avec les organismes régionaux ou municipaux de la santé, les conseils de planification, les autres

[1] Mémoire présenté par le Comité consultatif sur l'Assurance hospitalière et les services diagnostiques au Gouvernement du Canada, Ottawa, 31 janvier 1964.

organismes et les individus fournissant des services de santé dans les limites de la région. Un tel coordonnateur serait au courant des problèmes locaux, il serait une source de renseignements pour les praticiens de la santé, les officiers publics, les conseils de planification de la santé, aussi bien que pour la Commission. Nous étudions avec certains détails, au chapitre 8, le rôle qu'une telle personne pourrait jouer et la compétence requise pour ces tâches.

Les responsabilités des Commissions des services de santé sont considérables et la façon dont ils s'acquitteront de ces fonctions déterminera dans une large mesure le succès ou l'échec des régimes de services de santé. Si elles sont indépendantes et si leur personnel est compétent, il n'y a aucune raison qui laisse prévoir un échec. La nature semi-autonome de ces organismes devrait attirer un personnel compétent et leur fournir l'occasion de chercher de nouvelles solutions aux problèmes de santé. Elles seront soutenues dans leurs efforts par une étroite collaboration avec les conseils de planification de la santé et avec ceux qui fournissent les services.

ADMINISTRATION FÉDÉRALE

Le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social continuera à être l'organisme chargé de l'administration de toutes les subventions à la santé fournies par le gouvernement fédéral sauf en ce qui a trait à la recherche dans les sciences médicales qui serait confiée au Conseil de recherche en sciences de la santé. Le ministère serait donc chargé de l'administration de toutes les subventions aux services de santé, de la subvention à l'hygiène publique, des subventions à la formation professionnelle[1] et des subventions accordées à même le Fonds de développement des installations sanitaires. Il continuerait aussi à fournir des services de consultation et d'information dans ces domaines.

Étant donné le rôle significatif que joue le ministère dans ce domaine, il est d'importance cruciale qu'il collabore étroitement avec les autres organismes s'occupant d'administration et de planification des services de santé, particulièrement au niveau fédéral.

Nous sommes préoccupés de la participation démocratique à l'établissement des méthodes et des objectifs et nous savons que pour atteindre des objectifs, il faut la collaboration de tous les groupes en cause; c'est pourquoi nous avons recommandé d'établir un Conseil de planification de la santé au niveau fédéral, ce Conseil étant chargé de la planification des services de santé et faisant rapport au Parlement annuellement par l'entremise du ministre de la Santé. Aussi, puisque nous savons qu'il faut un organisme indépendant pour entreprendre la recherche dans l'évaluation des régimes de services de santé—recherche qui peut difficilement être exécutée par ceux qui sont chargés de l'administration même des régimes—nous avons recom-

[1] Bien que toute ligne de démarcation dans ce domaine doive nécessairement être arbitraire, nous proposons que le Conseil de recherche en sciences de la santé soit chargé d'administrer les subventions pour la formation de chercheurs professionnels, là où la formation implique l'exécution de recherches tandis que le ministère serait chargé de l'administration des autres subventions à la formation professionnelle.

mandé que le Conseil de recherche en sciences de la santé entreprenne ces tâches comme partie de ses larges fonctions dans le domaine de la recherche sur la santé.

Ceci ne signifie pas que le ministère ne devra pas se préoccuper de l'amélioration des régimes de services de santé et des régimes d'hygiène publique, ni du développement des installations et du personnel nécessaires pour exploiter ces régimes. Il est clair que l'administration des subventions associées à ces programmes implique une certaine conscience des méthodes et des objectifs de ces régimes. Par ailleurs, si le Conseil canadien de planification de la santé et le Conseil de recherche en sciences de la santé doivent s'acquitter de leurs fonctions élargies, ceci ne peut se faire qu'en étroite collaboration avec le ministère. Le Conseil de planification de la santé faisant rapport au Parlement par l'entremise du ministre de la santé, et le Conseil de recherche en sciences de la santé faisant rapport au Comité du Conseil privé sur la recherche scientifique et industrielle, une telle collaboration pourrait facilement être réalisée. L'évaluation et la planification des services de santé futurs exigent qu'on élimine les lacunes qui ont existé par le passé. Cette tâche sera confiée conjointement au ministère, au Conseil canadien de planification et au Conseil de recherche en sciences de la santé.

Au cours du siècle dernier, le gouvernement canadien a administré ses fonctions de santé sous diverses formes, depuis un ministère distinct de la Santé jusqu'à des divisions de ministères censées exécuter des fonctions connexes. Depuis la Confédération jusqu'en 1872, l'activité fédérale dans le domaine de la santé était dirigée par le ministère de l'Agriculture. Les divers programmes de santé ont plus tard été divisés entre les ministères de la Marine et des Pêcheries (service hospitalier maritime), du Revenu interne (médicaments brevetés), de l'Immigration et de la Colonisation (services médicaux aux immigrants), et du Commerce (laboratoire des aliments et des drogues). Il existait aussi, sous l'autorité de la Commission de la conservation, un Conseil national de la santé qui s'occupait de questions relatives à l'hygiène publique. Un nouvel intérêt pour la santé a amené l'Association médicale canadienne et les organismes privés de santé à présenter une pétition au gouvernement fédéral pour l'établissement d'un ministère de la Santé qui est entré en existence en 1919 sous le titre de ministère de la Santé[1]. En 1929, il a été fusionné avec le ministère du Rétablissement civil des soldats, dont les fonctions perdaient alors de l'importance, ce qui a amené la création du ministère des Pensions et de la Santé nationale[2].

La deuxième Grande Guerre a considérablement augmenté l'activité relative aux anciens combattants des deux Guerres mondiales et a entraîné le transfert de la division des Pensions au nouveau ministère des Affaires des anciens combattants. En même temps, des questions de bien-être social, comme les pensions de vieillesse et les allocations familiales étaient devenues

[1] *Statuts du Canada*, 1919, 9-10 Georges V, chapitre 24, Loi relative au ministère de la Santé.

[2] *Statuts du Canada*, 1928, 18-19 Georges V, chapitre 39, Loi relative au ministère des Pensions et de la Santé nationale.

une préoccupation majeure et reconnue du gouvernement fédéral et ces fonctions, reliées dans une certaine mesure aux problèmes de santé, ont été fusionnées en 1944 avec les fonctions de santé pour former le nouveau ministère de la Santé nationale et du Bien-être social[1]. Depuis ce temps, de nombreuses fonctions ont été ajoutées à la fois aux divisions de la Santé et du Bien-être du ministère. Dans le domaine de la santé, nous faisons allusion en particulier au Régime de subventions nationales à la santé et à l'administration de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques.

Étant donné que les fonctions de la division de la Santé du ministère augmenteront à l'avenir, à la suite de nos recommandations en général et particulièrement de celles qui ont trait aux régimes de services de santé, aux effectifs et aux installations de la santé ainsi que de la Division des aliments et drogues, une révision de la structure administrative du ministère s'impose. Nous sommes convaincus que la séparation des deux divisions du ministère est maintenant nécessaire et profite à la fois aux services de santé et aux services de bien-être. Cette séparation cadrerait bien avec notre opinion que les dépenses de santé sont d'abord un placement en capital humain et non pas des dépenses d'assistance sociale.

La plupart des provinces ont, à un moment donné de leur histoire, combiné les services provinciaux de santé et de bien-être social dans un même ministère. Ultimement, ces services ont été de nouveau séparés, surtout depuis l'inauguration du Régime d'assurance-hospitalisation. La dernière province à séparer les fonctions de santé et de bien-être social et à établir des ministères séparés a été la province du Manitoba, en 1961[2].

La Commission recommande:

227. Que, étant donné les charges croissantes du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, tant dans le domaine de la santé que dans celui du bien-être, et étant donné surtout la responsabilité accrue qui serait conférée au ministère avec la mise en œuvre des Régimes de services de santé, et compte tenu du fait qu'il est bon d'administrer les services de santé séparément des services de bien-être, la division de la Santé redevienne un ministère distinct de la Santé.

Conseils de planification de la santé

Dans ses recommandations relatives à l'établissement de Conseils de planification de la santé, la Commission avait deux objectifs: premièrement,

---

[1] *Statuts du Canada*, 1944-1945, 8 Georges VI, chapitre 22, Loi établissant le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.

[2] D'après le Comité spécial sur la sécurité sociale, *Health Insurance*, rapport du comité consultatif sur l'Assurance-santé, Ottawa, 1943; et *The Federal and Provincial Health Services in Canada*, deuxième édition, Association canadienne d'hygiène publique, Toronto, 1962.

assurer que dans toute tentative faite en vue d'éliminer les divergences entre les intérêts privés et sociaux, toutes les parties en cause soient consultées et participent à l'élaboration des recommandations, et deuxièmement, assurer qu'on répondra aux besoins futurs des Canadiens d'une façon efficace et opportune.

Nous avons souligné que dans un secteur de l'activité humaine aussi considérable et aussi complexe que les services de santé et caractérisé par des changements scientifiques rapides, on ne peut se passer d'une planification soigneuse et éclairée. Une telle planification ne peut se faire dans une province ou une région sans une préoccupation immédiate pour ce qui se passe ailleurs.

Étant donné la responsabilité publique pour la fourniture de personnel et d'installations de la santé, il est donc nécessaire que quelque organisme public ou semi-public se charge d'établir les besoins futurs de la collectivité, de la région, de la province ou du pays. De telles fonctions doivent évidemment faire partie de l'activité générale de tous les organismes intéressés à la fourniture des services de santé ou à la formation du personnel de santé. Des associations professionnelles, les ministères de la santé, les ministères de l'éducation, les ministères du travail et les organismes bénévoles doivent tous évaluer les besoins futurs comme partie de leur activité générale. Les commissions des services de santé ne peuvent pas non plus s'acquitter de leurs fonctions sans évaluer d'une façon permanente les besoins présents et futurs des provinces. Le ministère fédéral de la Santé, dans l'hypothèse que ses fonctions de santé et de bien-être social soient séparées, dans le cadre de ses responsabilités administratives, doit aussi s'occuper des besoins futurs du pays, particulièrement ceux qui tombent sous la juridiction du gouvernement fédéral.

Mais il faut faire entrer en jeu toutes les connaissances disponibles et fournir un moyen d'assurer la collaboration de tous ceux qui sont affectés par le changement; c'est pourquoi nous avons recommandé l'établissement de conseils représentatifs locaux, régionaux, provinciaux et fédéral de planification de la santé. Ceux-ci seraient chargés d'établir les besoins futurs en matière de santé ainsi que les ressources et les programmes nécessaires pour y faire face.

Les conseils de planification de la santé doivent influencer l'opinion publique, de sorte que la coordination et l'organisation efficace des services et des installations de santé puissent avoir lieu. Là où il faut faire des modifications et des adaptations, elles ne se feront que si l'unanimité nécessaire est amenée par les conseils de la planification—si ceux qui sont affectés par les changements peuvent comprendre et approuver les raisons qui motivent ces changements.

Puisqu'il y aura certains changements dans le domaine des services hospitaliers, les services médicaux, les services dentaires, les services de soins à domicile, les services de réadaptation et les services d'hygiène publique, il doit y avoir une forte représentation des associations médicales, des associations dentaires, des associations d'infirmières, des organismes privés

de la santé et du gouvernement local aux conseils régionaux et locaux. Il nous semble que les conseils régionaux de la santé doivent se réunir au moins trimestriellement pour qu'ils puissent atteindre une certaine unité et avoir toute l'influence nécessaire.

Les conseils provinciaux, régionaux et locaux de planification de la santé doivent aussi se charger d'indiquer, à la lumière des circonstances, comment les services de prévention, de traitement et de réadaptation doivent être coordonnés au niveau local, comment il faut intégrer les services personnels et publics de santé, comment il faut remédier à l'isolement de l'agent d'hygiène publique par rapport au grand courant de la médecine. Il serait souhaitable d'assurer que les régions administratives pour les services hospitaliers et les services d'hygiène publique soient les mêmes. On pourrait certainement ainsi employer le coordonnateur régional des services de santé de la façon la plus efficace possible.

Tout comme un plan ou une politique provinciale en matière de santé ne peuvent pas être déterminés par une décision du gouvernement mais doivent procéder du besoin de la collectivité, ainsi une politique fédérale de santé doit procéder des besoins exprimés de tous les Canadiens. La politique doit être élaborée par une exploration coopérative des problèmes de santé, des dispositions actuelles et des solutions alternatives.

La mise en œuvre des recommandations de la Commission et la révision des plans et des politiques qui auront lieu à l'avenir, exigent que, au niveau fédéral, un Conseil canadien de planification de la santé se charge d'assurer que les besoins et les problèmes de santé de tous les Canadiens soient considérés comme un tout. Comportant des représentants des principaux organismes du domaine de la santé, des représentants du monde des affaires, du monde du travail et de l'agriculture ainsi que des représentants de ceux qui utilisent et fournissent des services de santé, ce Conseil peut interpréter les désirs des Canadiens auprès du Parlement et fournir une puissante source de renseignements pour le gouvernement fédéral de même que pour les conseils provinciaux de la planification, les commissions de la santé et les organismes coordonnateurs fédéraux-provinciaux.

La valeur des conseils de la planification de la santé dépendra de la qualité de leurs recommandations. Si les conseils doivent contribuer à l'élaboration de services de santé d'une haute qualité, s'ils doivent fournir les objectifs fondamentaux et les plans d'après lesquels on prendra des mesures concrètes, ils doivent avoir un personnel compétent. Il arrive trop souvent qu'un Conseil de planification soit établi sans responsabilité, sans personnel et tombe bientôt en désuétude. Les conseils doivent avoir à leur disposition le personnel administratif dont ils ont besoin pour s'acquitter de leurs fonctions d'une manière efficace.

Bien que les conseils de planification de la santé doivent posséder un personnel exécutif restreint pour formuler les recommandations à propos de l'évolution future des services de santé, leur succès dépendra de l'accessibilité des renseignements. Étant donné la composition des conseils de planification de la santé et puisqu'ils ne sont pas impliqués dans l'adminis-

tration des régimes de services de santé, il serait assez difficile aux conseils eux-mêmes de réunir tous les renseignements, particulièrement les données statistiques, dont ils auraient besoin pour prendre leurs décisions. Nous reconnaissons qu'il en est ainsi et nous prévoyons qu'une bonne partie de ces renseignements seront fournis par l'établissement de comités techniques ou par les organismes intéressés directement soit à l'établissement des statistiques ou à l'administration des régimes.

Là où les conseils provinciaux de planification de la santé ou le Conseil canadien de planification de la santé s'occuperaient de problèmes généraux de santé, ils auraient accès aux conseils de comités professionnels et techniques tirés des disciplines appropriées. Par exemple, le Conseil canadien, en examinant les problèmes d'hygiène mentale, obtiendrait un rapport d'un Comité consultatif sur l'hygiène mentale, représentant ceux qui ont des connaissances spéciales en ce domaine.

Nous croyons qu'au niveau provincial, les commissions des services de santé devraient être chargées d'établir des projections des besoins provinciaux (et régionaux) en personnel, en installations et en recherche, et qu'elles devraient soumettre un rapport annuel au Conseil provincial de planification de la santé et préparer, sur demande, des études spéciales. De même, le Conseil de recherche en sciences de la santé établirait des projections portant sur les besoins du Canada en personnel, en installations et en recherche pour le compte du Conseil canadien de la planification de la santé et soumettrait des rapports annuels à ce Conseil. Il devrait aussi exécuter toute étude spéciale que le Conseil pourrait lui demander.

On ne peut se passer de planification des services de santé, et donc de la fourniture de personnel et de capitaux de la santé. Dans une telle planification, la projection des besoins futurs est inévitable. Il ne s'agit pas de savoir si des projections seront faites, mais comment elles seront faites. Pour établir une politique, il faut nécessairement une étude ordonnée de ce qui se passe. Les outils de planification qui sont actuellement disponibles, comme des rapports normalisés lits d'hôpital-population, des rapports population-personnel ou des taux d'occupation, doivent être complétés par des guides plus sûrs et plus détaillés. L'objectif devrait être l'établissement de «plans mobiles» permettant de vérifier chaque année les hypothèses sur lesquelles sont fondées les recommandations des conseils de la planification, de même que la mise en œuvre des recommandations, de les revoir et d'y intégrer les changements. Si l'on doit améliorer la qualité de la prise de décision, on doit pouvoir reconnaître rapidement les divergences du plan et réduire les erreurs au minimum. Les conseils de planification et tous les autres organismes de la santé doivent collaborer dans ce sens.

Ayant accès aux données des autres organismes et étant donné la somme d'informations accessibles à leurs membres, les conseils de planification de la santé devraient pouvoir fournir une évaluation permanente des besoins futurs de santé du Canada, évaluation qui serait à la fois réaliste et progressive: réaliste dans le sens qu'elle serait fondée sur les meilleurs renseignements statistiques disponibles et sur la connaissance

immédiate de ceux qui représentent les localités, les régions et les provinces; elle serait progressive en ce qu'elle ne chercherait pas seulement à maintenir le niveau actuel mais tenterait d'atteindre les meilleurs soins de santé possibles en fonction des découvertes de la recherche et des ressources disponibles.

Nous ne saurions trop insister sur le fait suivant: si les conseils de planification de la santé doivent réussir, ils doivent sentir que les tâches qui leur sont confiées sont importantes et que leurs recommandations constituent une partie fondamentale des connaissances utilisées pour établir et adapter les régimes de santé. Si ces conditions sont réalisées, des Canadiens de toutes les professions, mais particulièrement des professions de la santé, seront prêts à servir dans les organismes de planification. Des hommes intelligents et énergiques seront prêts à entreprendre les tâches ardues que la participation bénévole à de tels organismes exige.

Par le moyen de la planification coopérative exécutée par les conseils de planification de la santé, les besoins de santé du pays peuvent être établis et on peut satisfaire les intérêts positifs des groupes professionnels, des organismes privés, des organismes locaux de gouvernement et en somme, de tous ceux qui se préoccupent du maintien de la souplesse au niveau local et de la décentralisation de l'administration. Si l'on établit des schèmes de coordination et des normes de qualité, les décisions ne seraient pas prises par quelque organisme bureaucratique, et imposées sans discussion ni consultation. Au contraire, les recommandations proviendront de ceux qui sont affectés de près par les politiques et par les programmes. Elles seront produites par ceux qui connaissent les besoins de santé de la collectivité.

Collaboration fédérale-provinciale

Un des domaines où la consultation et la collaboration sont essentielles est le rapport entre les gouvernements provinciaux et fédéral en ce qui a trait à la fois à la politique et à l'administration des régimes de services de santé. Ici, nous proposons deux organismes. Le premier est la Conférence fédérale-provinciale des ministres de la santé et le second, un Comité fédéral-provincial de coordination des services de santé.

Le besoin de discuter des questions de politique dans le domaine des services de santé a entraîné la tenue de réunions périodiques entre le ministre de la Santé du gouvernement fédéral et les ministres de la Santé des provinces. Selon nous, ces réunions devraient continuer à avoir lieu annuellement, et il devrait y avoir, au besoin, des réunions spéciales pour étudier les questions de politique dans le domaine des services de santé qui peuvent se présenter à l'avenir.

La Conférence fédérale-provinciale des ministres de la Santé aurait à sa disposition les recommandations des Commissions provinciales de planification de la santé, du Conseil de planification de la santé du Canada et du Comité fédéral-provincial de coordination des services de santé, de même que des renseignements recueillis par les ministères de la Santé, les Commissions des services de la santé et le Conseil de recherche en sciences de la santé.

Le Comité fédéral-provincial de coordination des services de la santé devrait comprendre le Directeur des ministères provinciaux de la Santé et des Commissions des services de la santé des provinces et des territoires, de même que les sous-ministres des ministères fédéraux de la Santé et du Bien-être social. Le sous-ministre de la Santé devrait agir comme président du comité. Le Comité servirait d'agent coordonnateur pour toutes questions administratives impliquant les rapports interprovinciaux ou fédéraux-provinciaux dans le domaine des services et des ressources de la santé.

L'organisme actuellement chargé de ces fonctions est le Conseil canadien de la santé, comprenant le sous-ministre fédéral de la Santé, qui en est le président, les responsables administratifs des ministères provinciaux de la Santé et d'autres personnes, ne devant pas dépasser le nombre de cinq, nommées par le Gouverneur-général en conseil pour une période de trois ans[1]. Les devoirs et les pouvoirs du Conseil comprennent:

1. L'étude de questions relatives à la promotion ou à la conservation de la santé de la population canadienne et la formulation de recommandations et de propositions au ministre de la Santé nationale et du Bien-être social et aux autres autorités compétentes à ce sujet;
2. Les conseils au ministre de la Santé nationale et du Bien-être social en ce qui a trait aux questions prévues à l'article 5 de la Loi sur le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, relativement à la promotion et à la préservation de la santé de la population canadienne, sur lesquelles le Parlement du Canada a juridiction.

Dans l'exécution de ses fonctions, le Conseil établit des comités et des sous-comités consultatifs portant sur des questions générales et techniques de santé. En établissant des comités consultatifs, le Conseil peut consulter toutes les personnes qu'il croit nécessaire de consulter, et il l'a fait.

Dans la structure recommandée par la Commission, la charge d'établir des recommandations relatives à la promotion ou à la préservation de la santé de la population canadienne est confiée au Conseil canadien de planification de la santé. Dans ces domaines, le Conseil canadien de planification de la santé, tout comme le Conseil canadien de la santé, aurait accès aux services de comités techniques et autres. Le comité fédéral-provincial de coordination des services de santé aurait accès à leurs recommandations.

Par ailleurs, de nombreux problèmes étudiés et résolus par le Conseil de santé du Canada sont des problèmes d'hygiène publique d'une nature plus précise ou technique. Par exemple, le Conseil a établi des comités consultatifs et reçu des rapports sur l'immunisation, l'épidémiologie, l'hépatite, les aspects médicaux des accidents d'automobile, le traitement des déchets radio-actifs, les problèmes relatifs à la vente de la viande, etc. Le Comité fédéral-provincial de coordination des services de la santé, tout comme le Conseil canadien de la santé, doit nécessairement continuer à se préoc-

[1] *Statuts du Canada, op. cit.*, s. 7 (1).

cuper de ces problèmes. Ce qu'il faut décider, c'est la source des conseils techniques et autres.

A ce point de vue, le Conseil de recherche en sciences de la santé et le ministère fédéral de la Santé peuvent jouer un rôle important. Dans des domaines plus fondamentaux de la recherche, le Conseil de recherche en sciences de la santé aurait accès aux techniques et aux talents nécessaires pour préparer des rapports destinés au Comité de coordination. Dans les domaines plus techniques, le Comité tirerait parti des ressources du ministère fédéral de la Santé ou de comités consultatifs établis pour lui par le président du Comité, le sous-ministre fédéral de la Santé.

Le sous-ministre de la Santé, en tant que président du Comité, puisqu'il administre à la fois les subventions aux services publics et personnels de santé, pourra coordonner une bonne partie des renseignements dont le Comité aura besoin. Il aura accès aux rapports du Conseil canadien de planification de la santé et du Conseil de recherche en sciences de la santé, qui constituent les autres sources principales de renseignements et de conseils.

Cet organisme fédéral-provincial permettrait de résoudre une bonne part des problèmes mutuels et de coordonner les programmes et les politiques dans tous les domaines de la santé.

DESCRIPTION SOMMAIRE DES ORGANISMES ADMINISTRATIFS DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ[1]

En résumé, nous prévoyons que les divers organismes administratifs que nous avons recommandés auront en général les formes et les fonctions suivantes.

Commissions provinciales des services de santé

Pour assurer que les commissions provinciales des services de santé seraient vraiment des organismes représentatifs, nous avons recommandé qu'elles comprennent un directeur ou président et des représentants du public, des professions de la santé et du gouvernement. Ces représentants du gouvernement seraient le sous-ministre de la Santé et le sous-ministre du Bien-être social, qui seraient membres *ex officio* de la Commission. Les représentants des professions de la santé et du public seraient nommés à partir de listes établies par les organismes professionnels et les organisations non professionnelles. Dans cette situation, les membres professionnels de la Commission seraient nommés seulement après consultation avec les professions respectives. La Commission serait responsable à la législature provinciale et ferait rapport par l'entremise du ministre de la Santé.

[1] Ce résumé se limite aux aspects administratifs des soins de santé; là où ces organismes s'occupent de la prestation de services publics ou personnels de santé, cette activité a été décrite ailleurs.

Les principales fonctions de la Commission des services de santé seraient au nombre de cinq. Premièrement, elle serait responsable de l'administration des divers fonds[1] du Service de santé et du Fonds de développement des installations sanitaires. En deuxième lieu, elle devrait fournir des services de conseil et de consultation aux individus et aux organismes qui fournissent les services de santé. Troisièmement, elle devrait exécuter des projections à moyen terme et à long terme des besoins provinciaux en personnel, en installations, en recherche sur la santé et en organisation pour le compte du Conseil provincial de planification de la santé et devrait soumettre un rapport annuel au Conseil. Quatrièmement, elle devrait recevoir les recommandations du Conseil provincial de planification de la santé dans les domaines du développement des régimes, du personnel, des installations, de la recherche et de l'organisation. En cinquième lieu, à la lumière de ces recommandations, elle devrait assurer que l'évolution des régimes de services de santé se fasse d'une façon ordonnée et qu'une liaison étroite soit maintenue entre tous ceux qui fournissent les services de santé.

En vertu du Fonds de développement des installations sanitaires, la Commission serait chargée de l'administration des subventions à la Construction hospitalière (qui feraient partie d'un tel fonds) et des subventions pour aider à la fourniture d'installations d'enseignement pour la médecine, l'art dentaire, l'hygiène publique, la profession d'infirmière et les autres professions de la santé, y compris les écoles de médecine, les écoles d'art dentaire, les écoles d'hygiène publique, les écoles d'infirmières, les édifices et le matériel des sciences fondamentales. En vertu de la subvention à la construction et au matériel dentaires, la Commission serait chargée de la fourniture des installations reliées aux régimes de soins dentaires pour les enfants[2]. Et les ministères provinciaux de la Santé continueraient à être chargés des subventions faites en vertu des subventions à la Formation professionnelle, mais la Commission collaborerait avec les ministères de la Santé ou de l'Éducation et avec les universités provinciales au développement dans ce domaine. Finalement, dans le cadre de ses fonctions d'administration des Fonds des services de santé, la Commission devrait être chargée de

---

[1] Dans notre recommandation 120, au volume I, nous avons déclaré que les dispositions de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques, doivent s'appliquer aux frais occasionnés par les traitements donnés aux termes d'un programme de soins à domicile relevant d'un hôpital. La recommandation 121 déclare que, aux termes des règlements de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques, les contributions faites aux programmes de soins à domicile relevant de la communauté pour les traitements donnés à des malades retournés à leur foyer, mais dont les noms restent sur le registre de l'hôpital, doivent être considérés comme des frais partageables. La recommandation 122 prévoit que les subventions à l'hygiène publique doivent contribuer au financement des programmes de soins à domicile axés sur la communauté. Puisque les subventions à l'assurance-hospitalisation et aux services diagnostiques seraient administrées par la Commission provinciale des services de santé et que les subventions à l'hygiène publique seraient administrées par le ministère de la Santé, nous recommandons que les fonds disponibles en vertu des subventions à l'hygiène publique pour les régimes de soins à domicle soient transférés à la Commission des services de santé pour fins d'administration.

[2] Le financement des cliniques d'exercice groupé serait effectué au moyen de prêts consentis en vertu de la Loi sur le logement.

payer les services rendus dans le cadre de n'importe quel programme par les praticiens, les hôpitaux (tant privés que gouvernementaux), les organismes bénévoles de la santé et les ministères de la santé.

A la Commission serait aussi confiée la charge de négocier les tarifs d'honoraires ou de paiements pour services rendus, avec les organismes professionnels ou les organismes de la santé en cause. Dans ce secteur, nous avons recommandé, s'il est impossible d'en arriver à un accord, de prévoir une procédure d'appel au sein de la province.

Dans son administration des divers fonds de santé, la Commission serait chargée d'évaluer le succès des régimes, y compris la recherche et l'analyse statistiques. De telles évaluations seraient exécutées seulement par un personnel professionnel compétent en collaboration avec des comités consultatifs professionnels nommés après consultation avec les diverses professions ou associations hospitalières. De cette façon, la qualité des services de santé sera déterminée par ceux dont c'est la responsabilité professionnelle d'améliorer la qualité des services de santé.

La Commission serait aussi chargée de mettre sur pied les nouveaux services recommandés par le Conseil provincial de planification de la santé. Une des premières tâches serait d'assurer que, là où des régimes de soins à domicile et de réadaptation ne sont pas établis, on prenne les mesures nécessaires pour les mettre sur pied, soit par l'entremise d'organismes bénévoles ou des ministères de la santé; que les recommandations relatives aux enfants souffrant de maladie mentale, aux enfants arriérés et infirmes, soient mises en œuvre; qu'on travaille immédiatement à mettre sur pied les régimes de services optiques et de services dentaires pour les enfants.

Conseils provinciaux de planification de la santé

Pour assurer une participation démocratique à l'établissement des buts et des objectifs des régimes de services de santé, un conseil provincial de planification de la santé devrait être nommé par le gouvernement provincial à partir de listes établies par les organismes professionnels, les organismes bénévoles, les associations universitaires, municipales, agricoles, les associations d'affaires, du travail et des autres associations représentatives. Les conseils devraient engager un directeur et un personnel responsables des activités du Conseil; ils devraient être financés par l'entremise de fonds fournis à même les fonds administratifs de la Commission provinciale des services de santé. Ils devraient faire rapport annuellement à la législature provinciale par l'entremise du ministre de la santé.

Les principales fonctions du Conseil seraient au nombre de cinq. Premièrement, faire des recommandations relatives à l'établissement de programmes et à l'amélioration des services de santé au sein de la province. En deuxième lieu, d'après les projections établies par la Commission provinciale des services de santé et le Conseil de la recherche en sciences de la santé, faire des recommandations relatives aux besoins à moyen terme et à long terme de la province en personnel et en installations. Troisièmement, faire des recommandations relatives aux propositions en vue de nouvelles activités

bénévoles et gouvernementales dans le domaine des services de santé. En quatrième lieu, faire des recommandations relatives à la coordination de l'activité des organismes professionnels, bénévoles et gouvernementaux dans le domaine des services de santé. Cinquièmement, par l'entremise d'un sous-comité sur les effectifs de la santé, faire des recommandations relatives au recrutement et à la formation du personnel de la santé. Un tel sous-comité serait conseillé, entre autres, par un Comité sur la planification de la formation des infirmières, un Comité sur la formation des auxiliaires dentaires et un Comité sur le personnel paramédical et devrait travailler en étroite collaboration avec les ministères provinciaux de l'Éducation et du Travail.

Les conseils provinciaux de planification de la santé doivent maintenir un contact étroit avec le Conseil de la planification de la santé du Canada, le Conseil de recherche en sciences de la santé, les ministères provinciaux de la santé et les autres institutions chargées de certains aspects des soins de santé.

Conseils régionaux et locaux de planification de la santé

Là où les dimensions ou la diversité d'une province le justifie les gouvernements provinciaux devraient établir des conseils régionaux et locaux ou municipaux de planification de la santé de la même façon que le Conseil provincial de planification de la santé. Ces conseils devraient avoir un secrétaire administratif travaillant en collaboration avec le coordonnateur régional des services de santé[1] et les agents de santé ou les départements régionaux ou locaux d'hygiène publique, et ils devraient faire rapport régulièrement au Conseil provincial de planification de la santé. Les fonds nécessaires au fonctionnement de ces conseils régionaux et locaux devraient être fournis par la Commission provinciale des services de santé.

Les conseils régionaux et locaux de planification de la santé seraient chargés de faire des recommandations au Conseil provincial de planification de la santé, relativement à l'élaboration des programmes et à l'amélioration des services de santé dans leur région, aux besoins de la région en personnel et en installations, à l'action des organismes bénévoles et gouvernementaux dans le domaine des services de santé et ils devraient tenir la Commission provinciale des services de santé au courant de l'effet des politiques dans le domaine de la santé sur la région ou la municipalité elle-même.

Ministères provinciaux de la santé

L'administration des régimes de services de santé serait confiée à la Commission provinciale des services de santé dont le sous-ministre de la santé est membre; cependant, le ministère provincial de la santé continuerait à être chargé de l'administration de la subvention à l'hygiène publique, et en collaboration avec les universités et la Commission provinciale des services de santé, des subventions à la formation professionnelle. Il continuerait aussi à être chargé des fonctions essentielles et traditionnelles d'hygiène publique.

[1] Dans certains cas, il peut sembler souhaitable que le Coordonnateur des services de santé agisse comme secrétaire du Conseil.

Le ministère fédéral de la Santé

Le ministère de la Santé, une fois ses fonctions de bien-être social dévolues à un ministère distinct du Bien-être, aurait des fonctions élargies, comme nous le recommandons aux volumes I et II du présent rapport. Au niveau fédéral, il serait chargé de l'administration des subventions à la santé, y compris:

1. Subventions à l'hygiène publique.
2. Subventions aux services de santé
   a) Services hospitaliers
   b) Services médicaux
   c) Services dentaires pour les enfants, les femmes enceintes et les bénéficiaires de l'assistance publique
   d) Services d'ordonnances
   e) Services optiques pour les enfants et les bénéficiaires de l'assistance publique
   f) Services de prothèse
   g) Services de soins à domicile.
3. Subventions à la formation professionnelle.
4. Subventions au développement des installations sanitaires.

Dans l'administration de ces subventions, il fournirait, comme il le fait maintenant des services de conseils et de consultation en rapport avec des subventions précises et il ferait également de la recherche sur les régimes.

Dans le domaine particulier des médicaments prescrits, le ministère serait chargé d'augmenter son Comité consultatif des drogues et d'établir et de publier un Formulaire national et un Service d'information pharmaceutique[1].

---

[1] Voir volume I, chapitre 2, recommandations 61 et 62, p. 42.

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

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

Au volume II, chapitre 10, addenda aux recommandations 61 et 62, p. 301, nous avons recommandé que des représentants de la profession dentaire soient ajoutés au Comité consultatif élargi sur des médicaments et que des membres de la profession reçoivent les bulletins émis périodiquement par le Service d'information pharmaceutique.

Conseil canadien de planification de la santé

Le Conseil canadien de planification de la santé s'occuperait de questions relatives à la promotion ou à la préservation de la santé de la population canadienne.

Il serait nommé par le gouvernement fédéral à partir de listes dressées par les organismes professionnels, les organismes bénévoles, les associations d'affaires, de travail, les associations agricoles et autres. Il serait financé par le gouvernement fédéral et posséderait son propre directeur administratif et son personnel de planification. Il ferait rapport annuellement au Parlement par l'entremise du ministre de la Santé et ferait des rapports spéciaux sur demande.

Les principales fonctions du Conseil canadien de planification de la santé seraient: premièrement, étudier les besoins de santé des Canadiens et faire des recommandations relatives à l'établissement des programmes et à l'amélioration des services de santé; deuxièmement, d'après les données fournies par le Conseil de recherche en sciences de la santé et d'autres organismes chargés de réunir des statistiques, d'étudier et de faire des recommandations relatives aux besoins à moyen terme et à long terme en personnel, en installations et en recherches dans le domaine de la santé; troisièmement, étudier et faire des recommandations relatives à la coordination de l'activité des organismes professionnels, bénévoles et gouvernementaux dans le domaine des services de santé; et quatrièmement, rechercher la collaboration entière et régulière des conseils provinciaux de planification de la santé, des commissions provinciales des services de santé et des ministères provinciaux de la Santé. Les recommandations du Conseil seraient à la disposition du Comité fédéral-provincial de coordination des services de santé et de la Conférence fédérale-provinciale des ministres de la Santé, pour fins d'étude.

Conseil de recherche en sciences de la santé

Le Conseil de recherche en sciences de la santé serait le principal conseiller du gouvernement canadien pour la planification de la recherche dans le domaine de la santé, pour l'aide accordée à celle-ci ainsi que pour la distribution des fonds de recherche. Comme tel, il serait chargé de l'évaluation des besoins du Canada dans le domaine de la recherche et aurait le pouvoir de nommer un personnel médical, dentaire et autres et d'établir les comités consultatifs techniques nécessaires à l'exécution de ces tâches. L'organisation, le financement et les fonctions du Conseil ont été décrites aux chapitres 4 et 5.

Le Conseil serait chargé de l'administration des subventions à la recherche en sciences de la santé; il participerait à l'élaboration et au maintien d'un système permanent de statistiques de la santé et d'études relatives à l'évaluation des problèmes courants de santé et de leurs tendances; il serait chargé d'établir des projections à moyen terme et à long terme des besoins du Canada en personnel, en installations et en recherches de la santé

pour le compte du Conseil canadien de planification de la santé. Il s'occuperait de la recherche interne dirigée par les ministères du gouvernement canadien dans le domaine de la recherche médicale, dentaire, et des autres recherches scientifiques connexes; il serait chargé d'évaluer l'efficacité des divers éléments des régimes de services de santé, comme moyen d'améliorer les soins de santé que reçoivent les Canadiens.

Comité fédéral-provincial de coordination des services de santé

Cet organisme comprendrait les principaux agents administratifs des ministères provinciaux de la santé et des commissions des services de la santé des provinces et des territoires, ainsi que les sous-ministres des ministères fédéraux de la Santé et du Bien-être social. Le sous-ministre de la Santé agirait comme président du Comité. Ce Comité serait financé par les gouvernements fédéral et provinciaux et ses membres feraient rapport à leur organisme respectif.

Cet organisme agirait comme agent coordonnateur pour toutes les questions administratives impliquant les rapports interprovinciaux et les rapports fédéraux-provinciaux dans le domaine des services et des ressources de santé. Il aurait à sa disposition des conseils techniques et autres des divers ministères de la Santé, des conseils de planification de la santé et du Conseil de recherche en sciences de la santé[1].

Conférence fédérale-provinciale des ministres de la Santé

Cet organisme, comprenant le ministre fédéral de la Santé et les ministres provinciaux de la Santé, tiendrait des réunions annuelles et des réunions spéciales au besoin, pour étudier des questions de politique dans le domaine des services de la santé. Il aurait à sa disposition les renseignements et les propositions de tous les autres organismes. Ceci assurerait des réunions périodiques à intervalles réguliers pour étudier les problèmes communs dans le domaine de la santé.

CONCLUSION

La Commission a reconnu que la diversité et la décentralisation sont essentielles pour encourager et permettre l'expérimentation et l'amélioration. Si l'on étouffe ou si l'on enrégimente l'initiative individuelle, tout organisme devient inefficace. Les régimes de santé que nous recommandons pour les Canadiens laissent les praticiens libres de continuer à exercer en tant que «entrepreneurs indépendants», comme c'est le cas pour les autres organismes de la santé. En outre, il y a dix provinces établissant chacune sa propre structure institutionnelle; au sein de cette structure, il y a encore place pour

[1] Ce Comité de coordination absorberait les fonctions du Conseil canadien de la santé et s'acquitterait des fonctions plus larges indiquées ci-dessus.

la diversité, pour diverses solutions aux problèmes de l'organisation des systèmes hospitaliers régionaux, de la fourniture des services médicaux et de tous les autres régimes et services. Tous les Canadiens pourront alors comparer le succès de chacune de ces diverses méthodes et choisir pour eux-mêmes—ou modifier—en connnaissance de cause.

Après avoir exposé ce que nous croyons être impliqué dans les régimes complets de soins de santé que nous avons recommandés, nous voulons préciser ce qui n'est *pas* impliqué dans la mise en œuvre de ces régimes. Le schème organisationnel ne sera pas un système unique, unifié, monolithique et dirigé par l'État.

Ce n'est pas un système unique, parce que nous envisageons dix régimes provinciaux et des régimes distincts pour le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest.

Ce n'est pas un programme unifié en ce qu'il permet la diversité entre les diverses provinces et les territoires, aussi longtemps que de tels régimes répondent aux besoins fondamentaux de santé du pays, y compris la couverture universelle quels que soient l'âge, la condition sociale ou la capacité de payer.

Ce n'est pas un système monolithique, parce qu'il comprend divers organismes administratifs et consultatifs à tous les niveaux du gouvernement, tant fédéral et provincial que local, qui comptent parmi leurs membres des représentants des professions de la santé, du public et des associations privées, et qui devra, de par la loi, faire rapport aux législatures provinciales et au Parlement.

Ce système n'est pas dirigé par le gouvernement parce que nous insistons sur l'aspect *coopératif* de la planification, de la mise sur pied et de l'organisation des régimes de soins de santé au Canada, par lesquels tous les secteurs de la société et le gouvernement participent sur une base permanente et aussi parce que l'exercice de la médecine et de l'art dentaire sont laissés entièrement aux médecins et aux dentistes, dont l'intégrité et la compétence assureront une haute norme de rendement professionnel, fondée sur des professions autonomes dans une société libre.

Mais dans cette société complexe, nous ne pouvons pas prendre le risque de ne pas avoir de coordination ni de plan prévoyant une croissance consistante et suffisante. Toutes les institutions sociales et les professions, tous les organismes commerciaux et gouvernementaux sont en train de s'adapter aux changements produits par la croissance et le déplacement de la population, la spécialisation et l'accumulation rapide de connaissances. Les universités et leur personnel cherchent à s'adapter à leur croissance, aux nouvelles tâches qu'elles doivent accomplir et à leur intégration dans la vie des affaires et la vie communautaire. Même des États nationaux ont dû chercher de nouvelles structures pour faire face aux défis d'une société de plus en plus complexe. La Communauté économique européenne constitue une tentative parmi plusieurs pour atteindre la collaboration et la planification constructive que les changements modernes dans le domaine technique et économique exigent.

Il faut aussi coordonner et planifier la prestation des services de santé. Ce que nous recommandons ici n'est pas une collaboration enrégimentée ni une planification imposée par un organisme central et tout-puissant, mais un programme permettant d'arriver à la collaboration et à l'accord sur les objectifs que nous voulons atteindre et sur les moyens de les atteindre. Quelque attitude que l'on adopte dans le domaine de l'administration ou de la planification, il n'est pas possible d'administrer ou de planifier séparément les services hospitaliers, médicaux, dentaires, optiques ou pharmaceutiques. L'établissement d'un régime de services hospitaliers ou d'un régime de services pharmaceutiques exige qu'on considère en même temps un régime de services médicaux. Ce qui est d'une importance cruciale, c'est que tous ceux qui sont affectés par la planification et la coordination des installations de santé participent à cette élaboration. Nous avons montré comment on peut y arriver par la participation du public, du gouvernement et des professions à la prise des décisions et à l'établissement des politiques et des objectifs aux niveaux provincial et fédéral et par la consultation avec les parties intéressées aux niveaux régional et local.

Nous reconnaissons que, puisque les fonds pour l'exploitation des régimes des services de santé viennent principalement des gouvernements fédéral et provinciaux, il doit y avoir un certain contrôle public sur l'élaboration de ces régimes. A condition qu'on se conforme aux termes de la Charte de santé, ce contrôle ne devrait pas nuire aux buts que tous les Canadiens cherchent à atteindre. Par ailleurs, nous croyons que la mise sur pied de commissions provinciales de services de santé et de conseils représentatifs de la planification de la santé à tous les niveaux, amènera l'indépendance qui est nécessaire si l'on veut que ces organismes attirent le personnel compétent, responsable et dévoué nécessaire pour fermer l'écart entre le niveau réel et le niveau potentiel de la qualité des soins de santé. Nous croyons aussi que le schème organisationnel que nous avons recommandé fournira une structure fondée sur des idéaux et des méthodes démocratiques et en harmonie avec l'évolution des régimes coopératifs fédéraux-provinciaux.

L'utilisation des deniers publics sous quelque forme que ce soit, qu'il s'agisse de subventionner des fonds d'assurance privés ou des régimes de paiement par anticipation, doit nécessairement entraîner la responsabilité de l'État pour les dépenses de ces fonds. Comme nous l'avons montré, la disponibilité et la prestation des services de santé intéressent l'État, qu'il y ait ou non un régime universel et complet de paiement par anticipation. Mais au moment de l'introduction d'un tel régime, l'intérêt public est augmenté. Heureusement, l'intérêt public est essentiellement le même que l'intérêt de ceux qui fournissent les services de santé: voir à ce que la population canadienne obtienne les meilleurs soins de santé possibles.

L'organisation d'un service de santé donné doit être considéré en rapport avec tous les autres services de santé. Le malade a besoin de soins constants et de haute qualité et la communauté est intéressée à ce que les ressources peu abondantes soient utilisées d'une façon efficace. Les deux besoins sont complémentaires. Une organisation efficace et la responsabilité

individuelle ne s'excluent pas mutuellement. La collaboration et la consultation peuvent faire beaucoup pour assurer que les Canadiens obtiennent les meilleurs soins de santé possibles à un coût qui n'excède pas la capacité de la collectivité à payer et qui laisse aux professions les droits et les devoirs que les professions autonomes doivent avoir si elles veulent demeurer indépendantes et créatives.

95864—17½

8

Coordination des services de santé au niveau communautaire

INTRODUCTION

Au niveau local, les services personnels de santé sont fournis par les médecins, les dentistes, les infirmières et les autres praticiens de la santé, agissant indépendamment ou par l'entremise d'hôpitaux, d'organismes privés et d'agences gouvernementales. Le Régime de services de santé que nous recommandons ne modifiera pas ce schème. Néanmoins, au niveau local, il faut résoudre le problème de la coordination des services de santé si l'on veut que le Régime de services de santé fournisse efficacement des soins de haute qualité en conformité des principes énoncés dans la Charte de santé pour les Canadiens[1].

Au chapitre 7 nous avons étudié l'organisation que nous recommandons pour l'avenir aux niveaux provincial et fédéral. Le présent chapitre étudie l'organisation des services de santé au niveau local ou communautaire. Des porte-parole d'un grand nombre d'organismes ont fait ressortir souvent et avec force devant la Commission, le besoin de coordination à ce niveau.

PRESTATION ACTUELLE DES SERVICES DE SANTÉ LOCAUX

Nous avons décrit la grande variété d'agences et de services qui servent actuellement les besoins de santé de nos communautés. De nombreux choix se présentent au malade. Il ira probablement voir un omnipraticien,

[1] Il doit être bien compris que nous interprétons, dans notre mandat, la mention des *meilleurs* soins de santé possibles dans le sens des soins de la plus haute qualité possible et non pas nécessairement *la plus grande* quantité possible de soins de santé. Nous entendons aussi les meilleurs soins de santé possibles étant donné les circonstances et les conditions. Bien qu'on doive s'efforcer par tous les moyens de maintenir certaines normes minimales, dans toutes les parties du pays, il sera impossible de venir à bout de toutes les différences et il faudra faire des exceptions pour ce qui est des services dans certaines régions, comme celles où la population est clairsemée, surtout dans le Nord.

soit celui qu'il considère comme son médecin de famille ou celui qu'il aura choisi sur le conseil de ses amis ou de ses voisins. De même, il se prévaudra des services d'un dentiste. S'il tente de diagnostiquer lui-même son mal, il peut décider de consulter un spécialiste ou, par ailleurs, il peut se contenter de demander conseil à son pharmacien. S'il souffre de troubles de la vue, il choisira entre l'ophtalmologiste et l'optométriste. Et que dire des podiatres, des chiropraticiens, des ostéopathes et des autres praticiens dont il peut entendre parler?

Afin de donner à son malade des soins de haute qualité, le médecin voudra utiliser tous les services disponibles. Ceux-ci peuvent comprendre des examens radiologiques, des épreuves de laboratoire, un traitement par un thérapeute, les services d'un spécialiste et l'admission à un des plusieurs genres d'hôpitaux qui existent. Le grand avantage de l'hôpital moderne, c'est qu'il comprend toute une gamme de services, y compris les soins infirmiers, et que le médecin peut facilement traiter bon nombre de ses malades à chaque visite quotidienne. En outre, un nombre croissant de services communautaires sont disponibles aux malades; ces services ont souvent la même valeur que ceux de l'hôpital et coûtent moins cher.

Un des principaux problèmes dans les centres urbains où ces services d'agence sont nombreux, est celui de la communication. Comme nous l'avons souligné au volume I[1], le médecin a besoin d'une aide quelconque pour mettre en œuvre ceux de ces services dont il a besoin à l'extérieur de l'hôpital aussi bien et aussi facilement qu'il est servi à l'hôpital même.

En fait, l'évolution des hôpitaux eux-mêmes augmente la nécessité de la coordination de tous les services sur une large base communautaire. La complexité croissante, le coût et la spécialisation de l'hôpital ont eu des effets non seulement sur chaque institution mais aussi sur la structure de ce qui devient un système hospitalier.

L'hôpital moderne excède les possibilités financières de bon nombre de municipalités. Un équipement moderne coûteux ne peut pas être utilisé efficacement au service d'une population limitée. C'est donc dire qu'il faut une planification régionale des hôpitaux, et, dans les grands centres, une division du travail entre les hôpitaux locaux pour ce qui est de certains genres d'équipement coûteux et de services spécialisés. La régionalisation ne serait pas possible, cependant, si le transport et les communications n'avaient pas en même temps facilité les déplacements, de sorte que de nombreux malades peuvent sans danger être transportés à un hôpital situé à l'extérieur de leur propre communauté. C'est donc dire qu'on tend à une certaine centralisation des services hospitaliers, particulièrement dans l'hôpital général pour traitement de maladies aiguës, et dans certains des services hautement spécialisés de réadaptation.

Ainsi donc, comme dans beaucoup d'autres domaines comme le commerce, l'industrie et l'éducation, nous en sommes venus à penser à la

[1] Voir volume I, chapitre 2, p. 61 et chapitre 15, p. 625.

communauté en termes d'une aire géographique et d'une population beaucoup plus grandes que la municipalité autonome traditionnelle. Le transport, les communications et la révolution technique accélérée ont permis la planification sur une base beaucoup plus large que par le passé. Il s'ensuit une planification régionale plutôt que locale, qui signifie l'acceptation d'objectifs déterminés d'après une large base régionale plutôt que strictement locale; ceci amène une mise en commun d'intérêts qui, tout en réduisant quelque peu l'autonomie locale, donne aux régions moins populeuses accès aux services hautement spécialisés qui ne peuvent être établis efficacement que pour une population assez considérable.

Outre cette répartition des hôpitaux selon leur magnitude, leur site, leur équipement et donc selon les services qu'ils fournissent, il s'est produit un déplacement dans l'établissement de certains genres d'hôpitaux. Le nombre accru de malades chroniques et le coût élevé des hôpitaux de traitement des maladies aiguës ont contribué à l'isolement des malades chroniques dans des institutions spéciales ou dans des ailes destinées aux malades chroniques et aux convalescents. Par ailleurs, étant donné les méthodes modernes de traitement, on peut donner des soins efficaces aux malades mentaux et aux tuberculeux dans les hôpitaux généraux. Les installations spécialisées requises pour les services de réadaptation ont conduit à ajouter des ailes aux hôpitaux généraux et à mettre au point un nouveau type d'institution: le centre de réadaptation.

A mesure qu'on tentait de coordonner les services hospitaliers, les hôpitaux ont cherché à adapter leurs services à l'évolution des besoins du malade durant son séjour à l'institution. On a reconnu officiellement cette idée en introduisant le principe de soins progressifs au malade; dans le même hôpital, le malade passe du traitement intensif au stade où il peut prendre soin de lui-même.

La situation d'une agence communautaire privée est en butte à de nombreuses incertitudes. Une agence qui fournit, par exemple, des services de physiothérapie aux enfants ou aux adultes, doit planifier ses opérations avec, peut-être, peu ou pas d'orientation quant à l'étendue du problème, peu de connaissances des services semblables ou associés qui sont disponibles. Il se peut aussi qu'elle doive s'entendre avec les clubs sociaux ou d'autres agences communautaires pour des services comme les appareils, l'équipement, ou le transport des malades. La planification des nouveaux services et l'adaptation des services existants sont souvent laissées à l'initiative et à l'ingéniosité des individus ou des agences, sans qu'on puisse bénéficier d'une évaluation suffisante des besoins et des ressources. Il arrive le plus souvent que les départements d'hygiène publique ont une existence indépendante distincte du courant principal des services personnels de santé.

Cette évolution des services de santé locaux a amené:

1. une multiplicité de services,
2. une multiplicité d'organismes, et
3. une multiplicité de dispositions administratives.

Cette multiplicité est cependant le résultat naturel du progrès accompli dans le domaine de la santé dans le cadre des institutions sociales, économiques et politiques du Canada. Roemer a décrit une évolution semblable aux États-Unis:

> Il ne peut y avoir de doute que l'effet général de tous ces progrès sociaux est de rendre les services de santé américains de plus en plus organisés socialement. Mais l'organisation se fait par segments. Des programmes particuliers font face à des besoins particuliers. Des mesures sont prises par le gouvernement à tous les niveaux et par des centaines d'agences privées. Des efforts spéciaux sont appliqués à un certain groupe de population, à une certaine maladie ou à la fourniture d'un certain genre de services techniques. Le foyer d'intérêt peut être la prévention ou la thérapie ou les deux. L'organisme peut fournir directement certains services de santé par l'entremise d'une entité sociale structurelle, ou il peut s'occuper d'imposer certaines normes formelles ou certaines dispositions économiques à la prestation de services par les divers praticiens. L'organisation sociale peut aussi s'appliquer aux membres de la recherche médicale ou de la formation professionnelle[1].

Étant donné ces circonstances, nous ne pouvons sûrement pas nous attendre à ce que a) ces services communautaires se développent complètement, b) qu'on en fasse un usage efficace, c) que les services soient bien planifiés sans lacunes ni chevauchement, d) qu'on soit assuré d'une haute qualité de services, e) que les malades et les médecins soient au courant de ces services et les acceptent à moins de planification.

SCHÈMES NOUVEAUX DES SERVICES DE SANTÉ LOCAUX

Étant donné le progrès scientifique et technologique, l'expansion des centres urbains et l'absence de planification et de coordination, une telle fragmentation de nos services de santé continuera sûrement. Si nous devons tirer tout le parti possible des progrès scientifiques actuels et futurs, et si nous devons nous occuper suffisamment de la charge croissante de maladies chroniques et d'incapacité, nous devons en arriver à la coordination des diverses composantes des services de santé. Il ne s'agit pas ici de propositions nouvelles ou révolutionnaires. Il y a plusieurs années qu'on tente de réaliser une certaine coordination; les services de réadaptation en sont un exemple notable.

Les défauts de ce manque de coordination au niveau communautaire face à une fragmentation toujours croissante et à la multiplicité des services, sont devenus évidents. Il se produit cependant une certaine évolution qui peut rendre la situation moins grave. Parmi les nouvelles formes d'organisation qui sont le plus aisément visibles, notons ce qui se passe dans l'omni-

---

[1] M. I. Roemer, *Changing Patterns of Health Service: Their Dependence on a Changing World,* dans *The Annals,* mars 1963, pp. 54 et 55.

pratique, l'exercice médical groupé, les soins à domicile organisés et la coordination d'une gamme étendue de services de réadaptation.

L'omnipraticien

Pour de nombreuses raisons, le rôle de l'omnipraticien dans le complexe des services de santé subit actuellement une nouvelle évaluation. La longévité accrue a fait augmenter le nombre de vieillards qui ont besoin de traitement, surtout pour les maladies chroniques. Un taux élevé de natalités signifie que l'omnipratique consiste pour une large part en cas de maternité. Les médecins et le public sont de plus en plus au courant des symptômes psychiatriques; on a donc tenté d'intégrer les services psychiatriques dans le grand courant des services de santé. L'omnipraticien joue ici un rôle vital pour ce qui est du premier diagnostic et du traitement de ces troubles. Puisqu'on accorde de plus en plus d'importance à la réadaptation non seulement médicale mais sociale du malade, il faut que l'omnipraticien soit encore plus au courant du milieu social de son malade. On est de plus en plus au courant de l'importance des facteurs sociaux dans la maladie et la santé; c'est dire qu'on met l'accent sur les soins continus donnés au patient en tant qu'être humain; ici l'omnipraticien joue un rôle clef.

Nous trouvons donc au Canada, comme dans d'autres pays, particulièrement les États-Unis, deux tendances divergentes dans l'exercice de la médecine. D'une part, étant donné les progrès rapides de la science médicale, il y a eu une forte tendance à une spécialisation accrue qui promettait les meilleurs soins de santé possibles en encourageant la recherche et le travail spécialisés dans la lutte contre certains problèmes de santé particuliers, qu'il s'agisse de santé physique ou mentale[1]. Par ailleurs, on insiste de plus en plus sur la méthode globale d'aborder les soins médicaux, par laquelle on considère le malade tout entier en tant qu'homme et non simplement en tant que support de la maladie.

Bien que la spécialisation accrue dans le domaine de la santé ait produit des progrès importants, elle a créé de nouveaux problèmes qui peuvent se résumer sous le terme «fragmentation médicale». On a décrit comme il suit la situation aux États-Unis:

> . . . il n'y a aucun doute que la fragmentation de l'exercice médical a conduit à la fragmentation du malade. On pourrait facilement en venir au point où il y aurait 57 variétés de spécialistes, mais aucun médecin capable de traiter l'individu. La tâche de recoller les morceaux du malade —de reconstruire «l'homme entier»—est le prochain pas essentiel dans le progrès de l'exercice médical[2].

---

[1] Pour une étude plus approfondie du rôle du spécialiste dans l'exercice de la médecine, voir volume I, chapitre 7, pp. 250 et 251; S. Judek, *Les effectifs médicaux du Canada,* étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, chapitre 4. Ottawa, Imprimeur de la Reine. (*Sous presse.*) J. A. MacFarlane *et al., 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.*)

[2] H. M. Somers et Anne R. Somers, *Doctors, Patients and Health Insurance,* The Brookings Institution, Washington (D.C.), 1961, p. 33.

Cette fragmentation des services de santé s'est aussi produite au Canada, mais une tendance contraire est apparente dans le fait qu'on reconnaît de plus en plus l'importance de l'omnipraticien ou «médecine de famille» dans la prestation des services médicaux. Le rôle présent et futur de l'omnipraticien a été cause d'incertitude et d'insatisfaction chez certains praticiens quant à leur fonction dans une profession qui est devenue de plus en plus spécialisée; mais la nouvelle tendance provient de modifications fondamentales dans le schème du traitement médical et du fait qu'on reconnaît de plus en plus que c'est le malade et non la maladie qui est au centre des soins de santé.

Avec les progrès des connaissances scientifiques, la spécialisation continuera à se développer en médecine, mais elle ne remplacera pas l'omnipraticien. Une telle évolution ne serait d'ailleurs pas souhaitable, surtout étant donné le cadre social et géographique du Canada. Ce n'est que dans les grands centres urbains que toutes les spécialités seront représentées. Il est vrai, par ailleurs, que les moyens modernes de transport et de communication mettent les services des spécialistes à la disposition même des patients qui demeurent à une distance considérable. Il est donc moins nécessaire que l'omnipraticien s'engage dans des domaines de la médecine pour lesquels il n'a pas été expressément formé.

Même si certains hôpitaux, particulièrement les institutions les plus considérables et les hôpitaux d'enseignement, restreignent souvent les privilèges de l'omnipraticien en faveur du spécialiste, celui-là traite normalement ses malades dans un hôpital communautaire. Sa nomination à l'hôpital lui permet d'exécuter seulement les procédés pour lesquels il est entièrement compétent. Ses privilèges hospitaliers permettent également à l'omnipraticien de consulter le spécialiste et ainsi d'ajouter à sa connaissance de la médecine. La fréquentation constante des spécialistes est probablement un des moyens les plus efficaces à la disposition de l'omnipraticien pour maintenir et améliorer la qualité des soins qu'il fournit[1].

Le spécialiste a assumé certaines des fonctions de l'omnipraticien: l'accoucheur s'occupe d'accouchements normaux; le pédiatre s'occupe du soin des enfants; le spécialiste en médecine interne, de cas médicaux sans complication, etc. Cette situation résulte en partie de la demande du public. Malgré cette tendance, il faut toujours des omnipraticiens qui conservent leur rôle de médecins de famille. Seul l'omnipraticien semble en mesure de traiter le malade tout entier. Il pourra envoyer un nombre croissant de cas aux spécialistes, mais il se peut bien que cet échange se fasse dans les deux sens, car après le stade aigu de maladie grave, les malades reviendront à l'omnipraticien pour la continuation des soins, la surveillance des services de soins à domicile ou la réadaptation. L'omnipratique joue aussi un rôle important et croissant dans les domaines comme le maintien de la santé et l'hygiène mentale et elle a sa place dans le contexte de l'exercice groupé.

---

[1] On trouvera les recommandations quant à la compétence et à la formation de l'omnipraticien de l'avenir dans J. A. MacFarlane *et al., op. cit.*

A l'avenir le rôle de l'omnipraticien prendra donc une importance croissante. Il fournira les services préventifs et thérapeutiques à ceux qui sont sous ses soins sur une base permanente. Le cas échéant, il demandera conseil à son collègue spécialiste: «On pourrait dire que cet homme est un médecin orienté vers le malade sur une base communautaire[1].»

Cette évolution qui résulte d'une réévaluation intensive du rôle de l'omnipraticien a des répercussions sur la formation médicale. Se fonde-t-elle sur le schème actuel de la formation médicale de base ou sur un nouvel ensemble de connaissances qui justifie l'établissement dans l'école de médecine et l'hôpital d'enseignement d'un département distinct avec des professeurs compétents dans ce domaine?

Que peut-on faire pour préparer l'omnipraticien aux tâches plus complexes dont il devra s'acquitter, étant donné l'évolution de l'exercice médical? L'étude américaine dont nous avons parlé plus haut mentionne quatre solutions présentées par divers secteurs de la profession médicale:

> 1) Accroître la compétence de l'omnipraticien; 2) remplacer l'omnipraticien par un médecin de famille ou un médecin personnel mieux formé—on mentionne le plus souvent l'interniste et le pédiatre; 3) former tous les médecins à la philosophie et aux techniques des «soins compréhensifs»; 4) encourager la création d'un milieu institutionnel qui facilitera une approche coordonnée. Ces quatre méthodes sont bien loin de s'exclure mutuellement, même si certains de ceux qui les proposent semblent le croire. Elles constituent chacune un objectif valable en lui-même. Il est à espérer qu'on continuera à faire des expériences dans ces quatre directions. Il semble cependant que certaines de ces méthodes sont plus pratiques que d'autres et que la quatrième, en particulier, est une condition *sine qua non* pour la reconstitution du «malade entier»[2].

Au Canada, la question de la formation et du rôle de l'omnipraticien à l'avenir est à l'étude depuis quelque temps. La création du Collège des omnipraticiens du Canada a été le résultat de l'attention accordée à l'omnipratique dans une ère de spécialisation. Le Collège a été établi par l'Association médicale du Canada en 1954, après qu'une étude eut révélé:

1. Que de nombreux médecins du plus haut calibre étaient attirés et continueraient d'être attirés par le domaine de l'omnipratique.
2. Qu'en réalité la médecine était devenue si compliquée et spécialisée que l'omnipraticien était devenu même plus nécessaire qu'auparavant en tant que conseiller médical du malade et médecin personnel.
3. Que de hautes normes de soins de santé ne dépendaient pas d'une spécialisation de plus en plus étroite, mais bien plutôt qu'il fallait encourager les omnipraticiens à atteindre leurs propres normes d'exercice, comparables à celles des spécialistes[3].

---

[1] W. V. Johnston, *The College of General Practice in Canada—It's Tremendous Trifles*, mémoire présenté au Collège australien d'omnipratique, Sydney, Australie, le 24 octobre 1963, p. 11.

[2] H. M. Somers et A. R. Somers, *op. cit.*, pp. 33 et 34.

[3] *Collège des omnipraticiens du Canada*, mémoire présenté à la Commission royale d'enquête sur les services de santé, Toronto, mai 1962, pp. 5 et 6.

Il faut préparer l'omnipraticien à ses nouvelles fonctions en insistant dans sa formation sur ces nouveaux aspects de son travail, aspects que ne couvre pas suffisamment la formation donnée dans les grands hôpitaux d'enseignement, formation orientée surtout vers la spécialisation. Quelques écoles de médecine du Canada ont déjà commencé à ajouter des omnipraticiens d'expérience à leur personnel enseignant. Les étudiants de certaines écoles de médecine peuvent voir l'omnipraticien à l'œuvre à l'extérieur de l'hôpital, dans son cabinet, dans les services externes, chez les malades, et dans le contexte de services communautaires comme les cliniques d'hygiène publique ou les régimes de soins à domicile. En 1960, le Collège de médecine de l'Université de la Saskatchewan a déclaré qu'au cours des six années précédentes entre 18 et 22 omnipraticiens à la fois avaient servi comme professeurs de cliniques; ils constituaient ensemble le département d'omnipratique de l'hôpital universitaire[1]. Le rapport contient des commentaires très favorables sur les services rendus par ces professeurs, particulièrement dans le domaine de la psychiatrie[2]. En outre, comme tous les médecins en face de la croissance rapide des connaissances scientifiques et de l'évolution des techniques médicales, l'omnipraticien a besoin de la formation permanente sur laquelle insiste beaucoup le Collège des omnipraticiens. «La principale exigence du Collège envers ses membres actifs—et elle est unique—c'est l'obligation d'assister à cent (100) heures d'études post-universitaires organisées et approuvées dans chaque période de deux ans[3].» La Commission reconnaît qu'il s'agit là d'une contribution majeure à la qualité des soins de santé; la formation permanente est devenue si nécessaire que la profession devrait faire tout en son pouvoir pour assurer que *tous* les omnipraticiens se conforment *au moins* à ces normes minimales[4].

On a établi le besoin de l'enseignement de ces nouveaux aspects de l'omnipratique mais le rôle exact de l'omnipratique au sein de l'école de médecine et de son programme est encore à l'étude: l'omnipratique doit-elle continuer à être une partie de la formation de base du médecin, doit-elle devenir une nouvelle spécialité ou est-ce la fonction de l'omnipratique d'amener la synthèse des diverses spécialités? Il y a des départements d'omnipratique dans les hôpitaux. Devrait-il aussi y en avoir dans les écoles de médecine?

On a étudié ces questions à un congrès convoqué par le Collège des omnipraticiens en 1962. Parmi les conclusions du congrès quant à la formation médicale prédiplômée se trouvait la suivante: «Il faut mettre au point un programme qui donne à l'étudiant une vue plus réaliste de l'exercice de la médecine familiale dans la communauté», c'est-à-dire, plus réaliste que celle qu'on peut obtenir du groupe assez choisi de malades qui utilisent les

---

[1] Collège de médecine de l'Université de la Saskatchewan, *mémoire présenté au Comité consultatif de planification sur les soins médicaux de la province de la Saskatchewan*, Saskatoon, 1960, pp. 55 et 56.

[2] *Ibid.*, pp. 56 et 57.

[3] *Collège des omnipraticiens du Canada, op. cit.*, p. 7.

[4] Voir volume I, chapitre 2, recommandation 150, p. 73.

services externes des hôpitaux. Le Congrès a recommandé qu'il y ait, dans les programmes à venir, des médecins de famille servant de précepteurs pour les étudiants[1]. Le second Congrès sur la formation à l'omnipratique[2] a poussé plus avant l'étude de la place de la formation à l'omnipratique au sein de l'école de médecine. A ce Congrès, on a clairement identifié le problème. Il faut répondre à la question suivante: «Quand une matière atteint-elle le rang de département dans l'université et quels sont les critères qui déterminent la nomination d'un professeur dans ce domaine[3]?» Le Congrès en est venu à la conclusion qu'à l'époque l'établissement de chaires d'omnipratique aurait été prématuré, en attendant qu'on ait répondu aux questions ci-dessus, mais «que le Collège des omnipraticiens du Canada doit assumer la plus grande part de responsabilité pour définir l'omnipratique au Canada et établir l'ensemble de recherches scientifiques nécessaires pour mettre en œuvre la formation en vue de l'omnipratique[4]».

Le Collège des omnipraticiens a déjà délimité les grandes lignes d'un programme de recherches[5]. Il faudra redéfinir le contenu de l'omnipratique, de façon à céder certains domaines aux spécialités tandis que la responsabilité de l'omnipraticien peut être étendue dans d'autres secteurs, comme le soin du malade entier dans sa famille et dans sa communauté et les soins psychiatriques, les soins à domicile, et la réadaptation. Les progrès dans ces secteurs des soins médicaux ont été rapides au cours des dernières années et les recommandations faites par notre Commission devront donner un nouvel élan à cette tendance.

Il est donc à la fois important et urgent que l'omnipraticien de l'avenir soit préparé à son nouveau rôle. Nous faisons nôtre la conclusion suivante: «L'apport continu de praticiens dans le domaine de l'omnipratique doit être assuré et dépendra de l'exemple des professeurs[6].»

L'effectif des professeurs, par ailleurs, dépend des conditions d'enseignement[7]. Le domaine de l'omnipratique comprend des éléments importants de médecine préventive, sociale et communautaire, mais ce ne sont probablement pas les seuls éléments. Il est sans doute possible d'améliorer la formation de l'omnipraticien même par rapport à ses devoirs traditionnels[8]. La nouvelle notion de l'omnipratique a cependant créé un besoin pressant de réévaluer sa formation et les exigences quant à la compétence de ses professeurs. Pour relever le niveau de l'omnipratique, il faut assurer l'excel-

---

[1] *Collège des omnipraticiens du Canada,* Congrès sur «La formation pour l'omnipratique», 28 et 29 novembre 1962, rapport préliminaire, p. 2. Voir le rapport du Second congrès sur l'Éducation pour l'omnipratique.

[2] Organisé conjointement par l'*Association des facultés de médecine du Canada,* et le *Collège des omnipraticiens du Canada,* Toronto, 27 au 29 novembre 1963.

[3] *Ibid.,* p. 227.

[4] *Ibid.,* p. 234.

[5] *Collège des omnipraticiens du Canada, op. cit.,* pp. 20 et 22.

[6] *Le Collège de médecine de l'Université de la Saskatchewan, op. cit.,* déclaration du Dr S. A. Orchard, appendice J, p. ii.

[7] *Ibid.*

[8] Kenneth F. Clute, *The General Practitioner,* Toronto, Presses de l'Université de Toronto, 1963.

lence des professeurs eux-mêmes en leur fournissant l'occasion de poursuivre leurs études et leurs recherches tout comme leurs collègues spécialistes. Nous recommandons donc une aide financière semblable une fois que les agences compétentes de la profession et des écoles de médecine auront établi le critère de leur formation.

La Commission recommande:

228. Que l'Association des facultés de médecine du Canada, en consultation avec le Collège des omnipraticiens du Canada et les autres intéressés accordent une attention immédiate à la question d'établir des départements administratifs d'omnipratique dans les hôpitaux d'enseignement et subséquemment des chaires d'omnipratique dans les facultés de médecine.

229. Que, comme partie d'un programme accéléré de sept ans, des subventions spéciales à la formation professionnelle au montant de $5,000 par année soient accordées à des diplômés en médecine entreprenant des études post-universitaires en vue de se qualifier pour l'enseignement de l'omnipratique dans les facultés de médecine.

L'exercice groupé

Le groupe médical ou la clinique réunissant sous un même toit des omnipraticiens et toute une gamme de spécialistes, de personnel paramédical, d'installations de laboratoire et de radiologie, constitue un nouveau progrès comportant de nombreux avantages pour le médecin et le malade[1]. On peut considérer ces groupes comme un pas bien nécessaire vers une synthèse des spécialités médicales. Il y existe de nombreuses formes d'associations et de groupes qui impliquent tous le passage de l'exercice indépendant à une structure différente comportant certains avantages.

Parmi les résultats de ces nouveaux schèmes d'exercice, on remarque une association plus étroite entre le médecin et ses collègues. Ceci peut s'entendre soit de son activité professionnelle ou de l'aspect économique de l'exercice de la médecine, ou des deux. Des liens professionnels plus étroits signifient que chaque médecin peut bénéficier du partage des connaissances mais ils signifient aussi qu'il doit accepter, à des formes et à des degrés divers, la collaboration professionnelle. Ceci, tout comme l'autorité accrue des collèges provinciaux des médecins et chirurgiens[2], constitue un pas important vers le maintien d'une haute qualité des services médicaux.

Soins à domicile

Nous avons parlé des soins organisés à domicile, au volume I du présent rapport[3], comme d'un service de santé qui devrait être disponible

[1] Pour une étude plus détaillée, voir volume I, chapitres 7 et 13.
[2] Voir volume I, chapitre 2, recommandation 38, p. 35.
[3] *Ibid.*, chapitre 15.

dans le cadre du Régime de services de santé que nous recommandons. Nous voulons ici examiner brièvement son rôle en tant que nouveau schème de services de santé.

Jusqu'ici, les régimes de soins à domicile n'ont pas été le résultat d'une planification nationale, provinciale ou régionale[1] mais se sont développés localement, pour toute une gamme de raison, dans des circonstances très diverses. Quelle que soit leur origine, cependant, les régimes de soins à domicile, tout comme l'exercice médical groupé, amènent la coordination de services jusqu'alors distincts et indépendants. Dans la plupart des cas, les régimes de soins à domicile servent d'alternative aux soins à l'hôpital. Il s'ensuit que si ces services doivent remplacer les soins à l'hôpital, il faut fournir toute une gamme de services semblables à ceux dont a besoin le malade dans l'institution. Ces services pourraient bien exister dans la collectivité, ou pourraient être rendus disponibles, mais on a trouvé que leur simple existence n'était pas nécessairement le gage de leur utilisation efficace. Pour atteindre ce but, il a fallu établir une agence de coordination sous forme de régime organisé de soins à domicile. Une fois qu'un tel régime existe, le médecin peut y référer des malades tout comme il les réfère pour l'admission à l'hôpital, en indiquant les services requis, mais sans qu'il doive traiter séparément avec chacune des agences de services.

Nous considérons qu'il s'agit d'une caractéristique importante des soins à domicile organisés, et qu'il faudrait y accorder beaucoup plus d'attention qu'on l'a fait jusqu'à présent. Là où il existe un rapport étroit entre l'hôpital et un régime de soins à domicile, il existe en fait un modèle pour la coordination des services de santé dans la communauté. Le défaut de la plupart des régimes actuels est leur portée limitée. Même dans les villes où ils existent, ils ne sont accessibles qu'à une très petite partie de la population.

Quel est l'effet de l'augmentation des soins à domicile sur le temps du médecin et le schème de services? Nous avons mentionné que le médecin peut voir un plus grand nombre de ses malades alités plus rapidement et plus facilement à l'hôpital que s'il doit les visiter chez eux. Faire passer rapidement un malade de l'hôpital aux soins à domicile produit une économie en termes de jours d'hospitalisation et de frais. Cela se produit généralement à un stade de la maladie où le malade n'a pas besoin de visites quotidiennes du médecin et peut avoir besoin de visites régulières par l'infirmière ou par d'autres travailleurs de la santé.

En étudiant l'évolution du service des médecins, nous avons parlé du nouveau rôle que joue l'omnipraticien dans un monde de spécialisation croissante. Les services donnés en vertu d'un régime de services à domicile exigent la surveillance d'un omnipraticien, même s'il faut appeler un spécialiste de temps en temps. Des études plus poussées sont requises pour déterminer si l'extension de la portée des régimes de soins à domicile affectera les fonctions respectives de l'omnipraticien et du spécialiste. Il en va de même du surcroît d'attention accordé aux services de coordination ou de

[1] A l'exception des services de soins à domicile fournis par les infirmières d'hygiène publique en Colombie-Britannique.

réadaptation après le séjour à l'hôpital qui exigent aussi la surveillance du médecin. Il peut en résulter de nouveaux aspects de l'omnipratique qui, pour être efficaces, doivent aussi se réfléter dans l'éducation, la formation et le rôle de l'omnipraticien.

Dans toute organisation communautaire des services de santé, nous assignons une grande importance à l'intégration des services préventifs et des entreprises de maintien de la santé qui pourront être efficacement mises au point. Il faut aussi encourager les diverses manières de favoriser la bonne condition physique et mentale.

Services préventifs

Les mesures préventives ont été le plus spécifiques et ont eu les résultats les plus spectaculaires dans la lutte contre les maladies contagieuses. Nous avons souligné qu'il est nécessaire de rester sur nos gardes dans ces domaines et d'appliquer les mesures préventives aux dangers nouveaux ou nouvellement identifiés[1]. On peut constater immédiatement et clairement les effets de l'immunisation dans la baisse de maladies comme la petite vérole, la diphtérie ou la poliomyélite. Mais il y a eu d'autres moyens de prévention qui ont contribué à faire baisser le taux de mortalité et à augmenter la longévité chez les Canadiens. Parmi ceux-ci, mentionnons les mesures de salubrité publique: meilleure sanitation, approvisionnement d'eau pure, lutte graduelle contre la pollution de l'air et contrôle des aliments et des drogues. L'amélioration générale du standard de vie contribue à améliorer la santé même si elle entraîne certains dangers de l'abondance, comme l'obésité et la diabète. Ces mesures ne sont pas toutes des services de santé, mais on ne doit pas les oublier dans l'organisation future des services communautaires de santé. Dans la mesure où elles font partie des fonctions des agences de santé, elles doivent être intégrées à l'organisation projetée. Nous avons parlé du risque d'effets nocifs que comportent les radiographies diagnostiques[2], mais ceci n'est qu'un aspect du danger de radiation qui exigera une étude intensifiée et des mesures de contrôle. La même chose s'applique à toute une variété de substances cancérigènes, connues et encore inconnues, dans notre milieu. La santé des animaux, tant sauvages que domestiques, par exemple, est un facteur reconnu de la santé humaine.

Les mesures de salubrité au travail contribuent à la santé physique et mentale. Tout ceci a ouvert un large domaine nouveau qui s'ajoute aux fonctions traditionnelles des agences d'hygiène publique. Les installations d'hygiène publique doivent être organisées en fonction de leur nouvelle tâche et les postes d'hygiène publique doivent offrir des conditions comparables à celles qu'on trouve dans d'autres domaines de la santé s'ils doivent attirer un personnel compétent.

Il faudrait aussi répéter dans ce contexte ce que nous avons dit de la responsabilité de l'individu «d'observer de bonnes règles d'hygiène et

[1] Voir volume I, chapitre 5, p. 168.
[2] Chapitre 3, pp. 83 à 86.

d'utiliser à bon escient les services de santé qui lui sont accessibles[1]». Mais ici encore il lui faut l'aide des agences de santé pour déterminer scientifiquement ce qui constitue de bonnes règles d'hygiène. C'est la tâche de l'éducation de la santé—une autre fonction des agences de santé—d'interpréter auprès du public le fruit de ses recherches d'une manière qu'il peut comprendre et qu'il acceptera probablement. Parmi les bonnes règles d'hygiène, nous comptons les habitudes personnelles, une saine récréation, le maintien d'une bonne condition physique et mentale et une saine alimentation. La direction du Bien-être social du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, en vertu de la Loi sur la bonne condition et le sport amateur[2], doit fournir aux Canadiens les connaissances nécessaires et l'occasion d'exercer les activités qui peuvent développer la bonne condition physique et mentale.

L'alimentation est un autre domaine où l'individu est responsable de sa propre santé et de celle de sa famille. Cette responsabilité ne peut s'exercer que d'après des informations autorisées fournies par les agences de santé chargées de la recherche scientifique dans ce domaine. En même temps que la salubrité et le logement, l'amélioration de l'alimentation a sans aucun doute joué un rôle important dans la réalisation des hautes normes de santé dont jouissent aujourd'hui les Canadiens. Certains problèmes persistent cependant. Un de ceux-ci est l'obésité et ses conséquences néfastes sur la santé de nombreux Canadiens. La diète insuffisante de nombreux Canadiens en est un autre. Ainsi, on ne saurait guère insister trop sur le rôle de l'alimentation dans le cadre des futurs services de santé[3]. Pourtant on dispose de peu de renseignements cohérents et continus sur l'alimentation des Canadiens. La bonne alimentation n'est pas seulement une question de quantité, mais aussi du genre de nourriture consommée[4]. Avec les programmes d'amélioration de la condition physique, les services d'alimentation peuvent jouer un rôle important dans la prévention ou le soulagement des maladies chroniques.

Alors que la prévention de quelques maladies a dû attendre dans la plupart des cas des découvertes scientifiques, nous possédons maintenant les connaissances nécessaires pour prévenir la plupart des accidents. Nous avons étudié au chapitre 6 le rôle des agences privées dans ce domaine, insistant particulièrement sur le besoin de réduire le nombre d'accidents de la circulation, mais les accidents qui surviennent à la maison, dans l'industrie, à la ferme et pendant la récréation, constituent encore un problème de santé ma-

---

[1] Voir volume I, chapitre 1, p. 13.

[2] C-131, Quatrième Session, Vingt-quatrième Parlement, 9-10 Élisabeth II, 1960-1961.

[3] F. J. Stare, «*Why the Science of Nutrition?*» dans *Nutrition Review*, volume 8, n° 1, janvier 1950, p. 4. «... Tandis que nous avons des remèdes miraculeux comme la pénicilline et l'auréomycine pour combattre les maladies infectieuses ordinaires comme la pneumonie, l'alimentation demeure le facteur le plus important qui affecte notre bien-être personnel...»

[4] Sous-comité sur la lutte contre les maladies d'alimentation, *Control of Malnutrition in Man*, dans *American Public Health Association*, New-York, 1960, p. 1. «Le manque de renseignements sur l'alimentation, des renseignements erronés, des modes et des tabous quant aux aliments, peuvent produire la sous-alimentation au milieu de la richesse et de l'abondance—et le font souvent.»

jeur. La prévention est en grande partie une question de dispositifs de sécurité fournis ou mis en vigueur par l'État, mais elle demeure en très grande partie une question de responsabilité personnelle. La pleine conscience et l'exercice de cette responsabilité, complétés par une connaissance provenant de l'éducation, peuvent réduire considérablement le tribut que nous payons en vies et en santé.

Les connaissances dans ces domaines atteindront les individus et les familles par les nombreuses filières de la formation à la santé. L'omnipraticien, dans son nouveau rôle, apporte une contribution majeure dans ce domaine, soit dans sa pratique ou dans quelque sorte de clinique de maintien de la santé[1]. Les examens périodiques que nous avons recommandés[2] doivent fournir aux médecins et aux patients une occasion de prendre les mesures préventives du genre que nous avons étudié, et les immunisations que nous recommandons comme partie des prestations de l'assurance médicale[3] assureront le maintien de ce genre de protection contre les maladies contagieuses.

Réadaptation

Dans le volume I de notre rapport nous avons traité de la réadaptation surtout comme service de santé, c'est-à-dire la réadaptation au sens de restauration médicale. Nous y avons parlé du personnel et des installations qui sont nécessaires et aussi de la grande part de réadaptation dans le régime des soins à domicile.

Dans le présent chapitre, nous nous occupons principalement de la façon dont un service de réadaptation stimule la coordination de toute la gamme des services qui sont nécessaires pour restaurer ceux qui ont été frappés d'incapacité au plus grand rôle qu'ils peuvent jouer dans leur famille et dans la collectivité. Ceci dépasse la portée des services de santé proprement dits et selon le cas peut impliquer aussi les services d'éducation, de bien-être social, de formation, de placement et les autres services communautaires orientés vers les aspects sociaux et économiques aussi bien que médicaux de la maladie.

Au stade de la restauration médicale, la nouvelle insistance sur la réadaptation du patient implique de nouveaux schèmes de services. Nous voyons établir dans les hôpitaux généraux des ailes de réadaptation ou de médecine physique; un nombre croissant de thérapeutes sont employés dans des hôpitaux généraux, des hôpitaux pour maladies mentales, et des hopitaux pour les tuberculeux; on établit des centres de réadaptation comportant des services d'hospitalisation et des services externes; des installations et des ser-

---

[1] F. B. Roth, *Statement on Health Education,* étude réalisée pour l'Institut de l'éducation communautaire pour la santé, Saskatoon-Regina, 1961. «Ceux qui acceptent la responsabilité de fournir les soins de santé, doivent fournir la direction nécessaire pour développer la plus large compréhension possible de la nature complexe des besoins et des services de santé.»

[2] Voir volume I, chapitre 2, recommandation 30 h) (ii), p. 32.

[3] *Ibid.*, recommandation 30 h) (i), p. 32.

vices de réadaptation s'établissent dans la communauté à l'extérieur de l'hôpital. Dans de nombreuses communautés, des installations pour la réadaptation de ceux qui sont frappés d'incapacité physique se sont développées au cours des dernières années. Le developpement de services correspondants pour les troubles psychiatriques est plus récent. On tâche de sortir le plus grand nombre de cas possibles du grand hôpital traditionnel pour les maladies mentales et de réduire la nécessité d'hospitaliser les malades mentaux dans les quartiers psychiatriques des hôpitaux généraux.

Ces services locaux et les régimes de soins à domicile pour les malades mentaux, comme tous les services d'hygiène mentale, sont encore en grande partie traditionnellement distincts des services généraux de santé; cette distinction s'étend aussi aux régimes de soins à domicile. Si l'on donne suite à nos recommandations quant à l'intégration des services destinés aux malades mentaux et aux tuberculeux avec les services généraux de santé[1], non seulement cette anomalie disparaîtra-t-elle, mais l'accent mis sur les soins communautaires pour les malades mentaux et les arriérés, y compris la réadaptation la plus complète possible, ajoutera nécessairement à la demande pour les services à l'extérieur de l'hôpital. Il faut une évaluation quantitative de cette demande pour prévoir des installations et un effectif suffisants. Un des obstacles majeurs à une telle évaluation est notre manque de connaissances quant au nombre de malades qui ont besoin de services de réadaptation, tant physique que mentale. C'est là une des tâches les plus importantes qui attendent les agences de statistique de la santé.

La réadaptation ne s'arrête cependant pas au moment où la science médicale a fait tout ce qu'elle pouvait pour le malade. Il ne faut pas oublier non plus, que là où des appareils de prothèse sont nécessaires, la science médicale bénéficie grandement des dernières conquêtes des sciences physiques et que la technique moderne contribue beaucoup à la conception et à l'efficacité de tels appareils. On peut en voir un exemple dans les prothèses électriques externes qui ont été mises au point, particulièrement pour les enfants souffrant d'anomalies congénitales.

La complexité des prothèses modernes exige de plus en plus du personnel et des installations qui fournissent ces services. Pour assurer une haute qualité de services, il sera donc de la première importance de maintenir des normes appropriées pour la formation des spécialistes en prothèse aussi bien que pour l'équipement utilisé et les installations servant à leur fabrication et à leur ajustement[2].

Les services de réadaptation médicale à tous les niveaux doivent être ordonnés en fonction de la demande accrue et ils doivent avoir les

[1] Voir volume I, chapitre 2, recommandation 29, p. 31 et 32 et recommandation 108, p. 57.

[2] Voir volume I, chapitre 2, recommandation 115, p. 61. Étant donné la contribution des techniques modernes à la conception des appareils de prothèse, nous avons recommandé au volume I: «que par l'intermédiaire du Conseil des recherche en sciences médicales, des fonds soient affectés à des recherches et à des expériences visant à créer et à distribuer des appareils de prothèse, et à élaborer des techniques efficaces; et que les subventions à la formation professionnelle servent à la formation du personnel spécialisé requis.»

ressources nécessaires pour faire face à ces demandes et en particulier pour assurer la liaison et la coordination nécessaires avec toutes les agences intéressées à ce service complexe.

Les services de santé deviennent de plus en plus interreliés avec les autres services communautaires et souvent en sont dépendants. Une des composantes de base des régimes de soins à domicile, par exemple, est un service de ménagères. D'autres services sociaux, comme la prestation de repas, peuvent être nécessaires. Dans ce cas, les services de santé et les services sociaux travaillent ensembles. La chaîne des services de réadaptation, par ailleurs, signifie souvent une réduction graduelle de l'importance des services de santé proprement dits, au profit des services de bien-être social (par exemple, l'emploi dans des circonstances spéciales), des services d'éducation et de formation, des services de placement et divers services permettant de suivre le malade, avec ou sans surveillance médicale. Bon nombre de ces services offrent d'excellentes occasions d'activité privée dans des groupes organisés de façon à fournir certains genres de services[1].

Cette idée d'une gamme de services montre bien qu'il faut une coordination efficace de tous les services reliés à la réadaptation, ce qui introduit une nouvelle dimension dans notre étude de la coordination des services. Les principes modernes de réadaptation exigent une interaction étroitement coordonnée d'une variété de services de santé, dont la direction est souvent très variée. Il peut s'agir de divers types d'institutions et de services extérieurs aux institutions qui, comme nous l'avons déjà souligné, exigent une collaboration étroite avec les programmes organisés de soins à domicile.

La Loi sur la réadaptation professionnelle des personnes frappées d'incapacité de 1961 reconnaît bon nombre de ces principes. La Loi prévoit des contributions fédérales aux provinces, s'élevant à la moitié du coût d'un programme complet en vue de la réadaptation professionnelle de personnes frappées d'incapacité. En vertu de la Loi, l'activité fédérale est coordonnée, et en conséquence, on a nommé dans les provinces, les coordonnateurs des services de réadaptation. Le ministère chargé de mettre en œuvre les dispositions de la Loi au niveau fédéral, est le ministère du Travail.

C'est une justice à rendre à toutes les agences qui s'occupent de la mise en œuvre de la Loi, que dans le peu de temps qui s'est écoulé depuis son adoption, on a mis sur pied des organisations efficaces et impressionnantes. La Loi présente cependant une lacune sérieuse, c'est-à-dire que ses dispositions ne s'appliquent qu'à la réadaptation *professionnelle* et visent surtout les personnes qui pourraient faire un travail rémunéré.

Cette restriction exclut le grand nombre de personnes frappées d'incapacité qui, étant donné leur âge ou leur degré d'incapacité, ne peuvent pas espérer «devenir capables d'exercer régulièrement un emploi comportant une rémunération substantielle», mais qui peuvent néanmoins profiter des

[1] Voir chapitre 6.

services de réadaptation dans la mesure où ils pourraient acquérir une indépendance plus grande. Ils pourraient vivre dans la communauté au lieu de vivre dans une institution, où ils pourraient ne pas avoir besoin de quelqu'un pour prendre soin d'eux. Il en résulterait des profits certains en bonheur et en satisfaction, de même que des avantages économiques. Tant que tous ceux qui peuvent profiter de services de réadaptation ne sont pas inclus dans un seul système coordonné, la coordination n'est pas complète, ce qui réduit sérieusement l'efficacité du programme. Il existe des difficultés non seulement pour les cas qui ne tombent évidemment pas sous le coût de la Loi, mais aussi pour de nombreux cas limites pour lesquels on perd beaucoup de temps et d'efforts à déterminer de quel ministère le cas pourrait relever.

Nous savons que la Loi reçoit une interprétation large et que le service domestique, par exemple, est expressément accepté dans les accords avec les provinces en tant que «occupation comportant une rémunération substantielle», mais la Loi demeure limitée à la notion d'emploi rémunéré. La restriction peut avoir été justifiée, jusqu'à un certain point, à l'origine. L'intérêt à la réadaptation s'est déplacé après la seconde Grande Guerre des forces armées à ceux qui sont employés dans l'industrie[1], mais il s'est maintenant élargi et comprend toutes les personnes frappées d'incapacité, quelle que soit leur profession.

Nous remarquons que le Conseil consultatif national sur la réadaptation des personnes frappées d'incapacité, à sa troisième réunion au mois de mai 1964, a adopté à l'unanimité une proposition demandant au ministère du Travail d'interpréter à nouveau le terme «incapacité» afin d'inclure tous ceux qui sont handicapés socialement, s'il existe une possibilité raisonnable de réadaptation professionnelle[2]. Nous sommes d'avis que toutes les dispositions de la Loi devraient s'appliquer à toutes les personnes frappées d'incapacité qui pourraient profiter de quelques services que ce soit en vertu de la Loi, quelles que soient leurs possibilités d'emploi. Il est à noter que les accords avec les provinces, en vertu de la Loi, précisent les services fournis en vertu de la Loi qui vont plus loin que la simple réadaptation professionnelle[3].

Le rapport de la Commission royale d'enquête sur l'organisation gouvernementale (Rapport Glassco) recommandait, en ce qui a trait aux aspects médicaux de la réadaptation, que ceux-ci soient coordonnés par le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social[4]. Dans son dernier volume, la Commission Glassco recommandait que la direction de la réa-

---

[1] Voir l'activité des Commissions des accidents de travail.

[2] Procès-verbal de la Troisième réunion du Conseil consultatif national pour la réadaptation des personnes frappées d'incapacité, ministère du Travail, Ottawa, 1964, p. 14.

[3] Article 4 . . . «b) services et procédés de restauration, formation et placement destinés à permettre à une personne frappée d'incapacité de se passer de soins en institution ou de services réguliers à domicile; c) prévoyant l'utilisation des services d'organismes privés et œuvrant dans la province dans le domaine de la réadaptation professionnelle des personnes frappées d'incapacité.»

[4] Commission royale d'enquête sur l'organisation du gouvernement, *Services pour le public*, volume 3, p. 213. Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1962.

daptation civile du ministère du Travail passe à la direction du Bien-être social du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social[1].

Puisque nous avons recommandé la division de l'administration de la Santé nationale et du Bien-être social au niveau fédéral, il nous faut voir ce que deviendrait la direction de la réadaptation civile. En recommandant l'élargissement de la Loi, nous soulignons que nous voudrions que toute la réadaptation résultant de troubles de santé soit coordonnée par une seule agence, sans la limiter à certains groupes de la population (comme ceux qui pourraient travailler) ou à certains types de troubles de santé (par exemple, troubles physiques ou psychiatriques). Nous tenons également à assurer que l'agence chargée de l'administration couvre tous les services: santé, bien-être, éducation, emploi, qui peuvent aider les handicapés. Il s'agit essentiellement d'une question de législation de même que de l'esprit, des connaissances et des intentions de ceux qui seraient chargés de l'administrer, quel que soit le ministère du gouvernement dont il relève administrativement.

Tant qu'on se conforme aux exigences ci-dessus, il importe moins de préciser quel ministère doit être chargé de coordonner les services de réadaptation, mais étant donné les problèmes actuels, nous concluons que la solution la plus satisfaisante serait une agence indépendante[2], où les intérêts des divers ministères seraient représentés, sous un président qui serait nommé à cause de sa compétence personnelle plutôt que de son affiliation à tel ou tel ministère.

Quelle que soit la structure de cette agence, elle serait chargée des services de réadaptation de tous les genres, pour tous les problèmes de santé, y compris les troubles psychiatriques et l'arriération mentale. La structure correspondante aux niveaux provincial et local, peut se conformer à des schèmes semblables, intégrés à l'organisation des services de santé dont nous donnons les grandes lignes au présent chapitre et au chapitre précédent.

La Commission recommande:

230. Que la Loi sur la réadaptation professionnelle des personnes frappées d'incapacité de 1961 soit modifiée par l'élimination de sa restriction à la réadaptation *professionnelle* et que les termes «personnes frappées d'incapacité» et «réadaptation professionnelle» soient revus et redéfinis en conséquence.

231. Qu'on établisse une nouvelle agence de réadaptation du gouvernement fédéral, comprenant des représentants du ministère fédéral de la Santé, du ministère du Bien-être social, du ministère du Travail, du ministère des Affaires des anciens combattants et de la Commission d'assurance-chômage, et faisant rapport au Parlement par l'entremise du ministre du Travail.

---

[1] Commission royale d'enquête sur l'organisation du gouvernement, *L'Organisation du gouvernement canadien*, volume 5, p. 92. Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1963.

[2] Sur le modèle de la Commission canadienne des pensions ou des autres commissions du gouvernement fédéral.

232. Que le Conseil consultatif national pour la réadaptation des personnes frappées d'incapacité, comprenant des représentants des ministères fédéraux intéressés, des gouvernements provinciaux, des organisations privées, des professions médicales, des universités et des associations d'employeurs et d'employés, exerce des fonctions consultatives auprès de la nouvelle agence de réadaptation.

LA COORDINATION ET L'ADMINISTRATION DES SERVICES DE SANTÉ

Nous sommes en faveur de la multiplicité des services de santé qu'on trouve actuellement dans beaucoup de nos communautés, mais nous reconnaissons qu'il faut un effort délibéré de coordination pour rendre ces services aussi efficaces que possible.

La constitution de la présente Commission royale d'enquête a fourni pour la première fois l'occasion à un même organisme d'étudier tous les aspects des services de santé au Canada. Dans notre rapport, nous établissons clairement que nous ne pouvons pas offrir des solutions à tous les problèmes et que les solutions que nous recommandons ne seront pas applicables indéfiniment. A plusieurs reprises, nous soulignons le fait que nous ne pouvons qu'établir des jalons qui, à cause des nombreux facteurs dynamiques dans le domaine de la santé, devront être constamment à l'étude de façon à mettre nos observations à jour et à les adapter aux tendances nouvelles. Nous en sommes cependant venus à la conclusion que, pour mettre à la disposition de tous les Canadiens les meilleurs services de santé possibles, nous ne pouvons plus aborder le problème au petit bonheur et sans vue d'ensemble comme par le passé.

Les régimes de services de santé provinciaux que nous recommandons, une fois qu'ils seront entièrement mis en œuvre, seront chacun une entité indivisible. Ceci se réflète dans nos recommandations en vue d'une planification et d'une direction intégrées de tous les services de santé. Comme nous l'avons indiqué, au niveau local, les divers services de santé sont dispensés par des professions libres et autonomes, des agences privées et semi-publiques et les gouvernements locaux.

Nous voulons présenter, dans leurs grandes lignes, les formes que peut prendre la coordination mais qui peuvent être adaptées en fonction des variations régionales et des rapports déjà établis entre les institutions et les professions.

Établir comme objectif la collaboration de bon nombre d'agences différentes est difficile mais n'est aucunement irréalisable. Les organismes privés de la santé coordonnent leurs efforts dans une mesure de plus en plus grande. S'il s'agit jusqu'ici d'efforts isolés, ils illustrent très bien le besoin de même que la volonté, chez les agences en cause, d'une coordination et d'une coopération plus grandes. Il n'y a aucune raison de supposer que la coordination ne serait pas efficace à la plus grande échelle qui est devenue né-

cessaire. Il faut que la coordination réussisse si nous voulons conserver la structure de base actuelle tout en ayant des services de santé efficaces.

Bien qu'il soit vital pour les bons soins de santé que les services soient coordonnés en vue des diverses conditions et des schèmes de prestation des services de santé dans les provinces, il n'est ni possible ni souhaitable de préciser dans les détails la mise en œuvre d'une telle coordination. Ce dont le malade et le médecin ont besoin, ce sont des services ancillaires qui rendent efficaces les soins médicaux à l'extérieur de l'hôpital. Ce qui est vital, c'est que ces services ancillaires soient rendus disponibles et que les renseignements sur la façon de les obtenir soient mis à la disposition des médecins et des autres qui peuvent en avoir besoin. Ce genre d'organisation existe déjà dans bon nombre de régimes de soins à domicile et de réadaptation, bien que ceux-ci soient limités à un nombre assez peu considérable de régions[1]. Il faut étendre cette organisation à toutes les régions du Canada et il faut que les médecins, les hôpitaux, les autorités d'hygiène publique et les organismes privés participent partout à la mise sur pied de régimes coordonnés. Ceci profite au médecin en ce qu'il peut aisément avoir accès à une plus grande variété de services ancillaires pour les malades à l'extérieur de l'hôpital que ceux qui lui seraient accessibles autrement. Ceci profite au malade en ce qu'il peut avoir accès à des services qui lui permettent de recouvrer la santé. La communauté profite d'une utilisation plus efficace des ressources peu abondantes, tant physiques qu'humaines.

Nous n'avons pas non plus précisé qui devrait être chargé de l'organisation des régimes de soins à l'extérieur de l'hôpital; nous n'avons pas déclaré qui devrait être chargé de fournir des renseignements à propos des services accessibles aux malades et aux médecins; selon nous, cependant, deux organisations devraient partager cette responsabilité: ce sont les commissions provinciales des services de santé et les conseils de planification de la santé.

Le coordonnateur régional des services de santé, agissant au nom de la Commission provinciale des services de santé, est bien placé pour se rendre compte des besoins insatisfaits de la collectivité et des endroits où il faut de la coordination. Le Conseil régional ou local de planification de la santé serait de même au courant des besoins et des désirs des praticiens de la santé, des gouvernements locaux et des organismes privés et il pourrait formuler des plans et faire des recommandations relatives à la façon de réaliser la coordination. Ensemble, ils peuvent recommander que la coordination soit confiée aux autorités régionales ou locales d'hygiène publique, à telle agence publique, à un grand hôpital ou à un autre organisme; ils doivent cependant s'assurer que le travail soit fait[2]. La direction et la planification proviendraient, cependant, de la communauté, au moyen de

---

[1] Voir volume I, chapitre 2, recommandations 116 à 123, pp. 62 et 63.

[2] Le coordonnateur régional des services de santé pourrait bien être le secrétaire du Conseil régional ou municipal de planification de la santé.

la participation de tous les intéressés à la prise de décision[1]. Le médecin, et le malade par son entremise, devra avoir accès à ces services sans lesquels on ne peut réaliser de bons soins à l'extérieur de l'hôpital.

Ceci signifie la constitution d'une nouvelle profession de la santé, soit celle d'administrateur des services de santé. La compétence requise pour ce rôle dépendra largement de l'étendue de la tâche dont l'individu doit s'acquitter. Dans beaucoup des régimes actuels de soins à domicile, le coordonnateur ou l'administrateur provient du service d'infirmières visiteuses parce qu'il est au courant des autres services communautaires, des conditions générales de la communauté et des problèmes particuliers des malades soignés à domicile. Ceci a donné des résultats très satisfaisants. Cependant, pour l'administration d'un système complexe servant une population considérable, il faudra une formation formelle dans le domaine de l'administration des services de santé. Alors que de petites collectivités peuvent se contenter de quelqu'un qui a travaillé dans ce domaine et a acquis de l'expérience, les connaissances et les aptitudes nécessaires dans les situations plus complexes peuvent s'acquérir mieux par la formation—prédiplômée et diplômée—qui devient de plus en plus disponible dans les universités.

La Commission recommande:

233. Que la subvention universitaire pour les professions de la santé soit disponible pour l'établissement de cours prédiplômés et diplômés dans l'administration des services de santé dans certaines universités canadiennes.

234. Que, comme partie d'un programme accéléré de sept ans, des subventions spéciales à la formation professionnelle au montant de $3,500 par année soient mises à la disposition des étudiants diplômés se préparant à un diplôme supérieur dans ces domaines.

L'Organisation régionale ou municipale

Deux points ressortent de ce qui précède: 1) le mécanisme projeté de coordination devrait se développer à partir de schèmes déjà existants ou en voie de développement, par l'application systématique de formes déjà essayées et acceptées d'organisation plutôt que par l'imposition d'une nouvelle

[1] En ce qui a trait aux services de santé pour les vieillards, l'Association médicale canadienne propose ce qui suit: «La direction et la responsabilité de la planification de programmes pour les vieillards devraient émaner de la communauté au moyen de rencontres entre toutes les agences intéressées, y compris la profession médicale. Un comité central représentant les divers groupements intéressés est peut-être la meilleure méthode d'établir un régime communautaire. Le gouvernement provincial devrait être représenté à ces comités puisqu'il est en mesure de stimuler l'aménagement d'installations et de fournir une aide financière au besoin.» L'Association médicale canadienne, *Health and Institutional Care Aspects of Aging*, mémoire présenté au Comité du Sénat sur le vieillissement, Ottawa, 5 novembre 1964.

machinerie administrative; et 2) le modèle de base devrait s'adapter aux conditions et aux exigences locales, compte tenu de l'organisation administrative fondamentale déjà existante. La souplesse sera essentielle.

Il s'ensuit que l'aire qui doit être considérée comme une communauté ou une région pour les fins de l'organisation des services de santé ne peut pas être uniformément définie et délimitée. Il peut s'agir d'une région métropolitaine, d'une unité ou d'une région de santé, d'une région identifiée comme telle pour les fins de la planification hospitalière, d'un certain groupe de municipalités ou de comtés ou d'une région dont les limites ont été déterminées par une étude des schèmes d'utilisation.

La mise en œuvre du programme donnera lieu à la constitution de deux agences au niveau régional ou municipal: 1) le Département régional et (ou) municipal de la santé et 2) le Conseil régional et (ou) municipal de planification de la santé.

Le Département régional et (ou) municipal de la santé fournira la base organisationnelle pour les régimes de soins à domicile et de réadaptation, si ces régimes ne sont pas fournis ailleurs. Il établira une voie de communication avec le ministère provincial de la Santé, le Conseil provincial de planification de la santé et les autres organismes qui s'occupent de la prestation et de l'organisation des services associés, à la réadaptation et aux soins à domicile. Il coopérera avec le coordonnateur régional des services de santé et les conseils régionaux et (ou) municipaux de planification de la santé dans la planification en vue des prestations de la santé à l'avantage du médecin et du malade.

Le Conseil régional et (ou) municipal de planification de la santé fera des recommandations au Conseil provincial de planification de la santé quant au développement du programme et à l'amélioration des services de santé dans la localité ou la région. Il fera aussi des recommandations quant aux besoins régionaux en effectifs, en installations et en organisations et quant à l'activité des organismes privés et gouvernementaux de la santé. Il nommera un secrétaire administratif devant travailler avec les agents de santé des départements régionaux ou locaux de la santé, et avec le coordonnateur régional des services de santé à l'établissement de plans régionaux ou locaux de santé.

Les principes que nous avons établis dans la Charte de santé pour les Canadiens et notre idée des organismes et des conseils que nous proposons, signifient que le seul fait de leur établissement ne modifiera pas la description existante des fonctions et des responsabilités entre les professions, les organismes privés et les gouvernements. Ils ne devraient pas, non plus, servir à maintenir le *statu quo*. Comme par le passé, tout changement dans le rôle actuel de chaque organisme sera le résultat d'une évolution continue de nos services de santé et de nos institutions sociales. La seule différence sera que le développement au petit bonheur, parfois insuffisant et parfois inéconomique, sera remplacé par une évaluation soigneuse des besoins actuels et futurs suivie d'une expansion bien planifiée des services requis.

CONCLUSION

Le premier volume de notre rapport a traité des notions fondamentales des régimes de services de santé que nous recommandons, de leur structure financière et des questions concernant les ressources nécessaires pour le développement ordonné de leurs composantes. Au chapitre précédent, nous avons étudié les répercussions administratives aux niveaux fédéral et provincial, qui assureraient que le régime tout entier deviendrait le système complet qui seul peut amener à tous les Canadiens les meilleurs soins de santé possibles. Dans le chapitre suivant, nous étudions les problèmes particuliers des services de santé dans les régions peu peuplées de notre pays, particulièrement le Nord. Dans le présent chapitre, nous avons étudié les problèmes de la coordination des multiples services qui existent actuellement dans bon nombre de nos communautés de façon à en faire un tout efficace ainsi que la manière de développer les meilleurs services possibles étant donné les diverses circonstances dans diverses régions et diverses localités.

Là où il y a une multiplicité de services et d'agences, il existe un besoin de coordination. Si l'on étudie l'évolution des services de santé du Canada, il devient évident que la situation actuelle est le résultat d'une fragmentation croissante du vaste ensemble de connaissances scientifiques de même que de schèmes sociaux et politiques. Ces facteurs, en même temps que l'évolution des problèmes de santé, ont amené de nouveaux services, de nouvelles disciplines et une transformation des composantes fondamentales des services de santé comme l'exercice médical et les services hospitaliers. Dans cette situation, ceux qui doivent travailler dans ce domaine sentent depuis quelque temps qu'il faut une forme quelconque de synthèse des nombreuses composantes. En conséquence, de nouveaux schèmes se sont développés ici et là, comme l'exercice médical groupé, les services organisés de soins à domicile, et les services coordonnés de réadaptation; tous ces services comportent un germe de coordination. L'essentiel de la coordination des services communautaires est là et tout ce qui est nécessaire est de les appliquer systématiquement et de les encourager au lieu de laisser chaque collectivité chercher la solution à ses propres problèmes sans tirer parti de l'expérience déjà disponible ailleurs.

En même temps qu'on se rendait compte de besoin de coordination, on reconnaissait de plus en plus la nécessité d'une planification plus large dépassant la portée et les besoins de chaque institution ou même de chaque communauté. La planification régionale des hôpitaux, comme nous l'avons souligné, a été acceptée comme étant le seul moyen logique de fournir des soins hospitaliers de haute qualité, et de les fournir efficacement.

Si l'exercice médical a subi de grands changements, le médecin demeure néanmoins le pivot des divers types de services de santé qui sont actuellement disponibles. Dans un monde de spécialistes, il est devenu essentiel de revoir et de redéfinir le rôle de l'omnipraticien. Les détails de telle

réévaluation des diverses fonctions des praticiens, de même que de leur formation, doivent être laissés aux autorités compétentes du domaine universitaire et professionnel, mais il y a sans aucun doute un urgent besoin d'action dans ce domaine.

En recommandant des conseils de planification de la santé et en donnant les grandes lignes du rôle des coordonnateurs régionaux des services de santé, et des agences de services de santé, nous avons établi des modèles que nous considérons possibles et efficaces dans des situations typiques. Leur composition exacte et leur portée, tant à la juridiction et à l'aire géographique, doivent cependant être souples et varieront selon les ressources et les besoins locaux. Il y aura sûrement des différences entre les régions éloignées de Terre-Neuve et les provinces des Prairies, ou entre les grands centres métropolitains et les grandes espaces libres du Nord.

La multiplicité des agences et des auspices dans nos services communautaires de santé font partie de régime social et constitutionnel du Canada. La variété dans un pays aussi vaste et aussi hétérogène que le nôtre n'est pas seulement nécessaire, mais elle est avantageuse à cause de l'expérience variée qu'on peut en tirer et pour assurer les meilleurs résultats étant donné les ressources et l'initiative individuelle et communautaire. Mais cette diversité ne sera à l'avantage des Canadiens que dans la mesure où elle résultera d'un examen soigné des besoins et d'une planification complète dans toutes ses ramifications et ses répercussions. C'est cela que l'organisation que nous proposons doit accomplir à l'avantage de tous les Canadiens dans chaque partie du pays.

9

Les services de santé dans les régions septentrionales

LA SIGNIFICATION DU NORD

> Revenant à l'étroite bande de terre au sud du Canada où la plupart d'entre nous demeurent, nous nous rendons compte avec tristesse du fait que notre pays ne peut pas atteindre son plein essor tant que ses régions uniques mais éloignées demeureront inconnues et non développées.

Ce sont les mots que prononçait un voyageur à son retour du Nord. Le distingué voyageur était le gouverneur général du Canada, le général Georges Vanier[1]. Son prédécesseur, Vincent Massey, le premier gouverneur général qui ait jamais visité le Nord et lui aussi un grand Canadien, a déclaré à son retour de cette visite historique:

> Comme toutes les autres régions de notre grand pays, le Nord semble au premier abord mystérieux et même menaçant, mais il se révèle maintenant comme une terre qui demande seulement de l'énergie, de la décision et de l'ingéniosité pour édifier des centres considérables et prospères[2].

C'est peut-être parce que peu de Canadiens ont voyagé dans ces contrées éloignées que c'est un peu à regret, d'une façon paternaliste et très détachée, qu'ils ont accepté de les reconnaître comme partie de leur pays et ses indigènes comme leurs concitoyens.

Les Canadiens doivent accepter le Nord: c'est une partie de leur pays, pour le meilleur ou pour le pire—mais tout indique que ce sera pour le meilleur. Les Canadiens devraient-ils l'accepter de mauvaise grâce, comme une perte financière? Ou, au contraire, le Nord pourrait-il un jour non plus simplement exister mais constituer un placement profitable et contribuer au progrès et à la richesse du Canada?

---

[1] Le Très Honorable Georges Vanier, dans la préface à *The Unbelievable Land,* éd. par I. N. Smith, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964, p. vii.

[2] Le Très Honorable Vincent Massey, *Speaking of Canada,* Toronto, The MacMillan Company of Canada Limited, 1959, p. 14.

Un Premier ministre a répondu un *oui* vibrant à cette question:

> Le Nord du Canada est un vaste coffre-fort de minéraux qui représentent les titres à la survivance de la liberté. Les vastes terres du Nord ne sont plus un désert menaçant... Comme le monde entre dans un âge où la science rendra insignifiantes les réussites du passé, le vaste entrepôt que constitue le Nord du Canada doit être rendu accessible et disponible[1].

De plusieurs façons, le Nord a déjà apporté sa contribution. Il constitue un vaste terrain d'essai pour les scientifiques; il comprend des postes de défense stratégiques; il a enrichi les arts par le travail des artistes qui y demeurent et en inspirant ceux qui sont venus du Sud pour prendre contact avec ses mystères. Outre ces valeurs abstraites mais très réelles, le Nord apporte, pas à pas, des bénéfices à l'homme d'affaires avisé et ceux qui ont étudié le Nord et qui le connaissent sont bien loin d'y voir seulement un appendice stérile de la partie productive du Sud du pays. En fait, on a déclaré:

> Il est vrai qu'il y a des millions d'acres de terre arable dans le Yukon et dans la vallée du Mackenzie; et même si cela peut en étonner beaucoup, sur une bonne partie de ces terres on peut cultiver des céréales et des légumes—et on le fera un jour sans nul doute. Il y a aussi des forêts très étendues qui peuvent avoir une valeur commerciale bien loin au nord de toutes les régions que nous avons considérées par le passé comme des sources importantes de bois et de produits du bois. On commence déjà à s'en servir et la plupart de ces forêts auront probablement de la valeur un jour. Il y a aussi des pêcheries commerciales dont certaines sont déjà en existence et dont les autres peuvent être mises sur pied et qui rapporteront plusieurs millions de dollars chaque année. Cependant, quand on aura mis en valeur toutes ces ressources de surface au plus haut degré possible—et il est presque certain qu'elles seront mises en valeur—elles resteront de peu d'importance en comparaison de la croissance qui sera fondée sur les ressources cachées sous la surface. Ce sont les minéraux qui constituent les principales possibilités économiques du Yukon et des Territoires du Nord-Ouest[2].

L'avion, qui constitue le principal moyen d'ouvrir le Nord, a grandement facilité l'exploration de ces ressources. Les télécommunications suivent et on procède avec prudence à consolider les gains au sol au moyen de routes et de chemins de fer qui poussent plus loin au Nord.

Le Canada a pris officiellement possession de tous les territoires britanniques situés au nord de ce qui était alors le Canada par un décret en conseil impérial de 1880. Pour que cette possession soit reconnue internationalement, cependant, ni la découverte, ni la proximité, ni une proclamation unilatérale ne suffisent. «Pour recevoir la reconnaissance internationale, la possession exige l'acceptation de deux responsabilités: un intérêt permanent pour le territoire et une préoccupation pour le bien-être de ses habitants[3].»

---

[1] Le Très Honorable John G. Diefenbaker, conférence prononcée au *Toronto Board of Trade*, 4 février 1957.

[2] D. Jenness, *Eskimo Administration: II, Canada, The Arctic Institute of North America, Technical Paper No. 14*, 1964, p. 17.

[3] R. G. Robertson, *The Long Gaze*, dans *The Unbelievable Land*, éd. par I. N. Smith, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964, p. 133.

Il ne saurait y avoir de doutes que le Canada satisfait à ces deux conditions par rapport à ses régions nordiques.

Mais la région que nous étudions dans le présent chapitre n'est ni clairement définie ni homogène. Puisque les services de santé font partie de l'organisation administrative, il est commode de tracer la ligne de démarcation entre les provinces au sud et le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest au nord. Les facteurs géographiques ne coïncident cependant pas exactement avec les frontières administratives et les limites de juridiction. Si ce chapitre est consacré aux régions peu peuplées du Nord, il doit être compris que certaines de nos observations s'appliqueront aussi à certaines régions du Nord qui sont situées dans les provinces.

Les Territoires ne sont pas plus homogènes en ce qui a trait à leurs besoins de santé et à leurs ressources: le Yukon, par exemple, se rapproche de plus près de ce qui se passe dans les provinces et, à mesure que les routes et les chemins de fer ouvrent de nouvelles régions des Territoires du Nord-Ouest, certains centres ont commencé à se développer dans le même sens que leurs contreparties du Sud. Le district du Mackenzie est colonisé et devient accessible beaucoup plus vite que le reste des Territoires du Nord-Ouest, tandis qu'ailleurs dans les Territoires nous rencontrons encore de petits groupes de population nomade en même temps que des agglomérations permanentes. Certains de ces centres ont une saine base économique tandis que d'autres sont simplement la réunion de gens des régions voisines qui attendent encore pour passer le pont entre la vie traditionnelle et la nouvelle. Étant donné cette diversité de circonstances, nos remarques contiendront sûrement des généralisations qui peuvent ne pas s'appliquer à toutes les régions du Nord, du moins pas au même degré.

Les principaux problèmes, cependant, sont communs à divers degrés à toute la région: petites populations dispersées sur un vaste territoire, climat rigoureux, manque de communications et de transport, lent développement social et communautaire; tous ces problèmes sont étroitement reliés à ceux de la mise en valeur économique de la région.

Pour vraiment comprendre les problèmes du nord et le défi qu'il pose, il faut survoler des centaines et des centaines de milles où l'on ne voit rien que la toundra stérile sans aucun signe d'habitation humaine et sans nulle trace de l'activité de l'homme. Les statistiques seules ne peuvent pas exprimer cette impression, mais les chiffres de densité de la population peuvent en donner une bonne illustration. En 1961[1], la densité de la population était la suivante:

Yukon	0.08 habitant par mille carré[2]
Territoires du Nord-Ouest	0.02 habitant par mille carré
Reste du Canada	8.3 habitant par mille carré

Ainsi, la densité de la population au Yukon est d'environ un centième et celle des Territoires du Nord-Ouest d'environ un quart centième de celle

[1] D'après les évaluations de population du 1er octobre 1964.

[2] Comprend les terres et les étendues d'eau douce parce que les dernières ont aussi une influence sur les distances et les communications.

qu'on trouve dans le territoire des provinces. En abordant la question d'une autre façon, il y a plus de cinquante milles carrés par habitant dans les Territoires du Nord-Ouest, environ treize au Yukon et seulement un dixième (0.12) de mille carré par personne dans le reste du Canada—et même ce dernier chiffre ne constitue qu'une population clairsemée en comparaison d'autres régions du monde.

Alors que des villes comme Toronto ou Vancouver ne connaissent généralement pas le gel à partir du début d'avril ou de mai jusqu'au mois d'octobre ou au début de novembre[1], certaines régions de l'Arctique ne connaissent aucune période libre de gel et d'autres n'ont qu'une brève période de six ou huit semaines[2].

Ces circonstances, de même que l'absence de moyens de transport au sol par route et par rail qui sont familiers au Sud, montrent clairement que la planification des services communautaires dans le Nord doit être fondée sur des considérations essentiellement différentes de celles qui s'appliquent au reste du Canada. C'est pourquoi nous passons en revue les services de santé du Nord séparément de ceux dont nous nous sommes occupés dans la plus grande partie de ce qui précède.

Le Nord présente un problème particulier et les mesures à prendre doivent s'adapter à ce besoin. Dans les régions peuplées du Canada, nous nous sommes surtout préoccupés d'assurer que tous aient accès aux services qui existent déjà et qui doivent être mis en œuvre en accord avec nos recommandations: mais, fondamentalement, les services existent et il faut les développer, les organiser et les financer. Le problème dans le Nord, c'est de créer un système variable de services de santé.

Les programmes que nous avons étudiés et les recommandations que nous avons faites dans les parties précédentes de notre rapport traitent des services de santé dans les provinces, soit une région qui contient 99.8 p. 100 de toute la population du Canada. Mais il demeure une région comprenant les quatre dixièmes de la superficie totale du pays, soit environ un million et demi de milles carrés, située à l'extérieur des provinces. Il y a environ quarante mille personnes dans cette région—soit environ un cinquième de un pour cent de la population canadienne. Ce groupe numériquement faible, la population des Territoires du Nord-Ouest et du Yukon, est cependant caractérisé par des circonstances très différentes de celles qu'on rencontre dans les provinces.

Les services de santé pour ces personnes et la région qu'ils habitent doivent faire partie, à l'avenir, des services de santé du Canada. Notre tâche ne sera terminée que lorsque nous aurons recommandé les mesures propres à assurer, selon nous, que les meilleurs soins de santé possibles seront accessibles à *tous* les Canadiens. De même, la Charte de santé des Canadiens[3] prévoit un régime universel, ce qui signifie que «des services de santé con-

---

[1] Victoria depuis la fin de février jusqu'au début de décembre.

[2] Bureau fédéral de la statistique, *op. cit.*, pp. 53 à 55.

[3] Voir volume I, chapitre 1, p. 12.

venables seront accessibles à tous les Canadiens, où qu'ils habitent et quelle que soit leur situation financière».

Nous avons dû accepter le fait que dans un pays aussi étendu et aussi varié que le Canada, la nature des services fournis devra varier d'une région à l'autre et que la signification de ce qui constitue «les meilleurs soins de santé possibles» devra être interprété à la lumière des circonstances. Nous avons donc reconnu que les facteurs géographiques imposeront certaines limites[1].

Nous reconnaissons que de telles limites existent même dans le territoire des provinces et nous reconnaissons aussi que les conditions générales de vie vont varier. Nous avons donc souligné le besoin de souplesse dans l'organisation projetée des services de santé et dans son adaptation aux besoins régionaux et locaux. Nous savons aussi que la pauvreté et le retard dans le développement communautaire ne sont pas limitées au Nord. C'est dans les Territoires, cependant, que ces phénomènes, compliqués par la rigueur du climat, déterminent pour une bonne part les besoins généraux de vastes régions, ce qui exige une façon nouvelle d'aborder le problème sur une large échelle plutôt que des mesures palliatives dans certaines régions limitées.

PROBLÈMES DE SANTÉ

Quand nous avons étudié, au volume I, les problèmes de santé particuliers aux régions septentrionales, nous avons parlé des conditions de vie inhumaines dans certaines agglomérations[2]. Ces conditions ne sont pas communes à toutes les parties des Territoires, mais elles sont suffisamment répandues pour être une cause d'alarme et pour exiger qu'on prenne au plus tôt des mesures décisives. Le contraste entre les conditions primitives de ceux qui végètent dans des tentes et dans les igloos et celles des fonctionnaires qui demeurent dans des maisons comportant la plupart des conforts que nous connaissons dans le Sud, ne sert qu'à accentuer la détresse du premier groupe. Il nous faut supposer que les Canadiens sont mal au courant de ces circonstances, qui ne seraient tolérées nulle part ailleurs. Même dans le climat moins rigoureux du Sud, on ne permettrait à personne de passer une seule nuit dans ces conditions aussi dégradantes, ni, à plus forte raison, tout un hiver ou toute une vie.

Que ces conditions soient encore assez générales et non pas des cas isolés, c'est ce qu'on peut déduire des indices de santé qui reflètent des problèmes sociaux plutôt que médicaux. Nous avons prouvé ceci[3] en présentant certaines statistiques vitales, et surtout en parlant du taux extrêmement élevé de mortalité infantile, c'est-à-dire, l'enfant de moins d'un an[4]. Le danger

[1] Voir volume I, p. 12.
[2] *Ibid.* p. 227.
[3] *Ibid.*, p. 223.
[4] *Ibid.*, p. 156.

ne disparaît pas au moment où les enfants atteignent leur premier anniversaire de naissance. Au contraire, tandis que la mortalité infantile dans les Territoires du Nord-Ouest est environ quatre fois aussi élevée que celle du Canada en général, la mortalité parmi les enfants de un à quatre ans est environ huit fois aussi élevée[1].

Ce sont des problèmes de santé créés par les conditions sous lesquelles doit vivre une partie considérable de la population. Il est à noter que les chiffres cités montrent déjà une certaine amélioration depuis ces dernières années. Le taux de mortalité proportionnel à l'âge et le taux de mortalité infantile accusent tous les deux une baisse, comme nous le montrons pour les Territoires du Nord-Ouest[2].

——	1959	1960	1961	1962	1963
Taux de mortalité proportionnel à l'âge.....	14.8	14.9	14.6	13.2	11.9
Taux de mortalité infantile.....	129.3	144.4	111.0	119.9	104.2

Cependant, l'écart considérable qui existe encore entre les taux pour les Territoires et les taux canadiens indique que ces problèmes de santé ne peuvent pas être résolus sans une amélioration substantielle des conditions générales de vie.

Mais les problèmes de santé créés par de piètres standards de vie ne sont pas les seuls qui soient particuliers aux régions septentrionales. Il y a en outre des problèmes causés par le besoin de s'adapter à de nouvelles conditions. Ceux qui sont nés dans le Nord doivent adapter leurs traditions à de nouveaux schèmes de vie, tandis que ceux qui viennent du Sud doivent s'adapter au climat et au milieu social du Nord.

Il existe un problème commun aux deux groupes, et à tous les habitants du Nord, qu'ils y soient en permanence ou pour une courte période, celui d'obtenir des services suffisants en cas d'urgence. De tels cas d'urgence peuvent affecter toute une collectivité, dans le cas d'une épidémie, par exemple, où l'individu et sa famille comme dans le cas d'une maladie soudaine ou d'un accident grave. Une telle possibilité peut, en fait, empêcher des gens d'accepter des postes dans le Nord. Il suffit de penser à ce qui arriverait si l'on avait une rage de dents sans avoir accès aux services d'un dentiste.

Il faudra, évidemment, beaucoup de temps pour venir à bout de ces difficultés, même avec les meilleurs services, car c'est là une des limites im-

[1] Le taux pour les Territoires du Nord-Ouest en 1963 était de 8.2 en comparaison du taux canadien de 1.1 (données fournies par le Bureau fédéral de la statistique).

[2] Bureau fédéral de la statistique, *Rapports annuels de la statistique de l'état civil.* Ottawa, Imprimeur de la Reine.

posées par les facteurs géographiques dont nous avons parlé plus tôt. Mais on peut réduire substantiellement ces risques en donnant suite à nos recommandations.

SERVICES DE SANTÉ REQUIS

Pour répondre aux besoins de santé du Nord, il faut d'abord obtenir le personnel, l'équipement et les installations nécessaires, et en second lieu, rendre ces ressources physiquement accessibles au moment et à l'endroit où ils sont nécessaires.

Quand on visite les installations de santé du Nord, on ne peut se défendre d'admirer le haut calibre du personnel et son sens du dévouement. Le problème est que le personnel n'est pas suffisant et que ceux qui sont là ne reçoivent pas un encouragement suffisant à rester pour une période de temps raisonnable.

Même le tableau bref et incomplet que nous avons brossé ici révèle qu'il faudra sûrement attendre de nombreuses années avant que les schèmes d'exercice professionnel établis dans le Sud s'étendent aux régions septentrionales. L'exercice professionnel privé, par exemple, demeurera l'exception plutôt que la règle et sera limité à quelques agglomérations plus considérables dont l'économie est bien établie.

Le genre, les dimensions et la distribution des institutions vont se fonder sur des critères particuliers aux besoins de la région. Tandis que dans les régions bien organisées du pays, les hôpitaux, les centres de santé et les autres installations peuvent être construits sans grande difficulté, chaque fois que la planification en indique le besoin en termes de population desservie, le Nord impose des considérations logiques quant à l'érection et à l'exploitation de ces installations. La planification régionale que nous avons recommandée pour le régime de services de santé dans les provinces, prend une dimension nouvelle à mesure qu'on s'éloigne vers le Nord à partir de la bande de terrain de quelques centaines de milles de largeur où est concentrée la plus grande partie de la population canadienne. L'emplacement des bases pour les services de santé doit être choisi à partir d'un nombre très limité d'endroits possibles et il faut toujours compter sur la possibilité que certains sites cesseront de convenir très rapidement avec les changements survenus dans la distribution de la population. Le fait que les services de santé septentrionaux dépendent dans une très large mesure des moyens de transport et de communication les rend plus sujets à la désuétude due aux progrès techniques dans ces domaines. Cependant, la désuétude n'est pas limitée aux installations de santé: notre société a accepté d'en payer un prix très élevé; lorsqu'un avion plus rapide apparaît sur le marché, il arrive qu'on mette au rancart bon nombre d'appareils anciens mais utilisables. Il y a seulement dix ou vingt ans, les Canadiens montraient avec fierté les nombreuses petites agglomérations qui pouvaient se vanter d'avoir leur propre petit hôpital et ces hôpitaux répondaient à un réel besoin à l'époque; beaucoup d'entre eux ne sont

plus nécessaires ni souhaitables aujourd'hui. En dressant les plans pour le Nord, il nous faut accepter le risque d'une désuétude peut-être plus rapide de l'équipement et des installations. C'est dire qu'il faut non seulement une planification soigneuse, mais une mise en œuvre rapide des plans de sorte qu'on puisse utiliser les ressources sanitaires de la façon la plus efficace possible.

Bien que les principes et les objectifs que nous avons formulés pour le Régime de services de santé que nous recommandons doivent aussi être le but ultime dans le Nord, et bien que le programme doive être étendu à des régions où le développement communautaire général le justifie, pour une vaste région, les services de santé septentrionaux doivent tenir compte

1. Des problèmes de la distance, du climat, d'une population limitée et clairsemée et des difficultés de transport et de communication;
2. De la difficulté d'attirer et de retenir un personnel compétent acceptant de servir dans le Nord.

A l'exception de quelques régions au Yukon et dans la partie occidentale des Territoires du Nord-Ouest où des centres urbains se sont développés, les conditions du Nord ont généralement les résultats suivants: elles rendent impossibles les méthodes de l'exercice professionnel privé; elles exigent des normes différentes de conception et de rapport population-lits d'hôpital; elles exigent des critères différents pour ce qui est des effectifs et aussi un personnel de genre différent, comme la sage-femme et les dispensateurs non spécialisés.

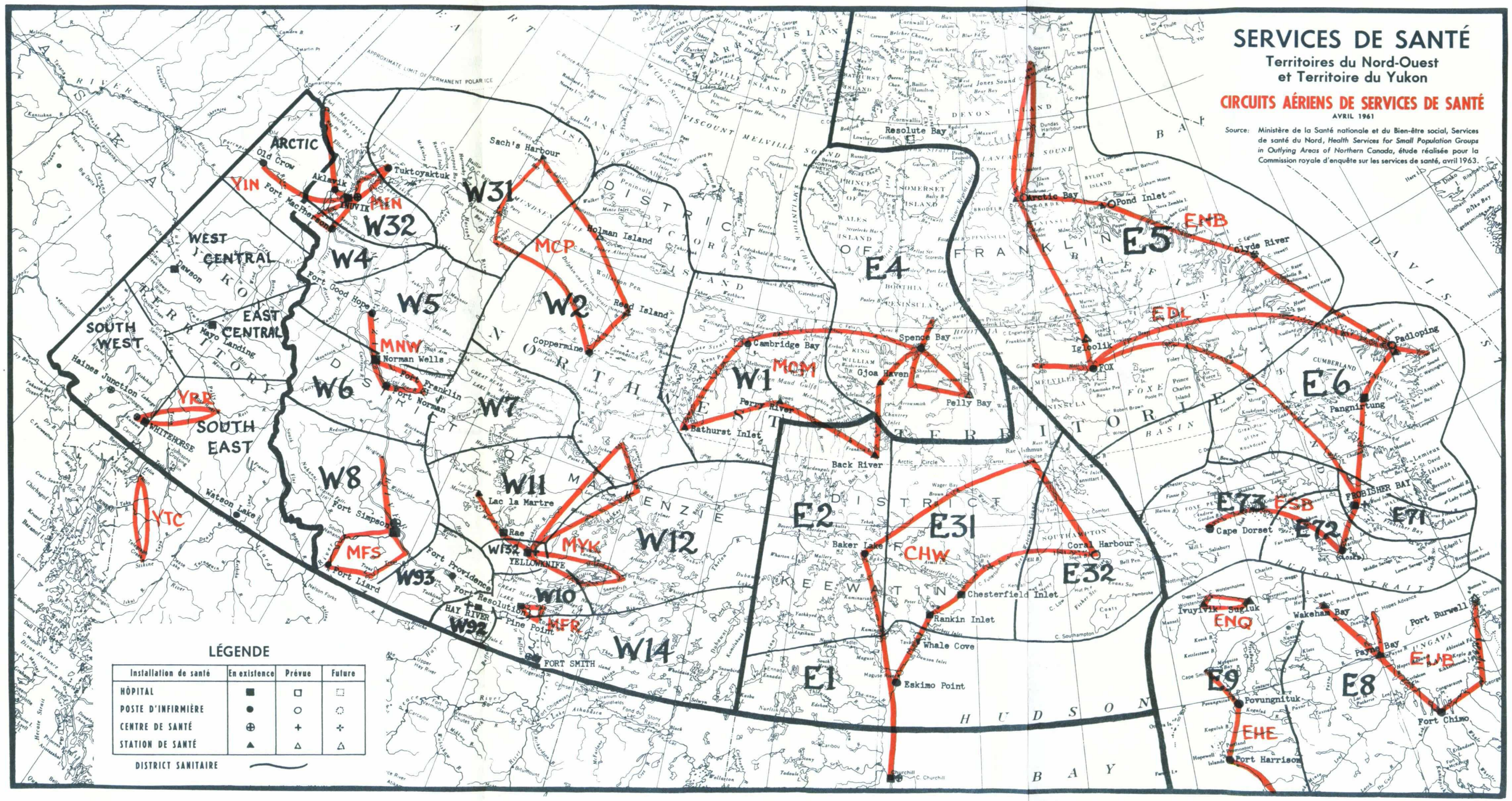
La solution de ces problèmes constitue une tâche extrêmement lourde. Il faut y faire face, cependant, parce que la situation dans le Nord exige une solution. Des spécialistes éminents des diverses branches de l'anthropologie, de la sociologie, de la médecine, du génie, de l'économique, de l'éducation et de bien d'autres domaines, se sont penchés depuis plusieurs années sur ces problèmes. On tente ici et là de trouver des solutions et on pourrait peut-être y réussir un jour sur une grande échelle—si nous nous contentons d'attendre que de nouvelles générations atteignent des normes plus élevées d'éducation, qu'une saine mise en valeur économique s'étende aux régions arctiques et que graduellement, pas à pas, des services communautaires soient établis. Mais pouvons-nous et devons-nous omettre cela ici? Notre réponse: Nous devons planifier dès maintenant et agir aussitôt que possible.

Nous avons posé le problème de base de la façon suivante: il s'agit de fournir les ressources nécessaires, puis de les amener à la portée de ceux qui en ont besoin.

C'est le Service de santé du Nord du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social qui est chargé de services de santé dans les Territoires; il est comparable à certains points de vue—mais non à tous—à un ministère provincial de la santé.

Le Service de santé du Nord a préparé deux plans quinquennaux pour le développement des services de santé au Yukon et dans les Territoires du Nord-Ouest respectivement, pour la période allant de 1962 à 1967[1]. On

[1] Voir volume I, renvoi 1, p. 339.


SERVICES DE SANTÉ
Territoires du Nord-Ouest
et Territoire du Yukon
CIRCUITS AÉRIENS DE SERVICES DE SANTÉ
AVRIL 1961
Source: Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Services de santé du Nord, Health Services for Small Population Groups in Outlying Areas of Northern Canada, étude réalisée pour la Commission royale d'enquête sur les services de santé, avril 1963.
LÉGENDE
Installation de santé | En existence | Prévue | Future
HÔPITAL
POSTE D'INFIRMIÈRE
CENTRE DE SANTÉ
STATION DE SANTÉ
DISTRICT SANITAIRE
ARCTIC
WEST CENTRAL
EAST CENTRAL
SOUTH WEST
SOUTH EAST
YIN
MIN
MNW
YRD
YTC
MFS
MCP
MOM
MYK
MFR
CHW
ENB
EDL
ESB
ENQ
EUB
EHE
W1
W2
W4
W5
W6
W7
W8
W10
W11
W12
W14
W31
W32
W93
W92
W132
E1
E2
E4
E5
E6
E8
E9
E31
E32
E71
E72
E73
Old Crow
Aklavik
Tuktoyaktuk
Fort MacPherson
Sach's Harbour
Holman Island
Fort Good Hope
Norman Wells
Fort Franklin
Fort Norman
Coppermine
Read Island
Cambridge Bay
Bathurst Inlet
Perry River
Spence Bay
Gjoa Haven
Pelly Bay
Back River
Resolute Bay
Arctic Bay
Pond Inlet
Clyde River
Iglolik
FOX
Padloping
Pangnirtung
FROBISHER BAY
Cape Dorset
Coral Harbour
Baker Lake
Chesterfield Inlet
Rankin Inlet
Whale Cove
Eskimo Point
Churchill
Ivuyivik
Sugluk
Wakeham Bay
Payne Bay
Port Burwell
Fort Chimo
Povungnituk
Port Harrison
Fort Simpson
Fort Liard
Fort Providence
Fort Resolution
HAY RIVER
Pine Point
FORT SMITH
Lac la Martre
Rae
YELLOWKNIFE
Watson Lake
Haines Junction
WHITEHORSE
Dawson
Mayo Landing
Fort Liard
Fort Simpson
Fort Good Hope
Aklavik
Inuvik
Fort Norman
Fort Franklin
Cape Dorset
Ivuyivik
Sugluk
Wakeham Bay
Payne Bay
Fort Chimo
Churchill
HUDSON BAY
HUDSON STRAIT
DAVIS STRAIT
DISTRICT OF FRANKLIN
DISTRICT OF MACKENZIE
DISTRICT OF KEEWATIN
NORTHWEST TERRITORIES
YUKON TERRITORY
APPROXIMATE LIMIT OF PERMANENT POLAR ICE

s'occupe actuellement de donner suite à ces plans et ils devraient recevoir toute l'aide nécessaire. Le Service doit aussi recevoir les ressources nécessaires pour poursuivre la planification, revoir au besoin les plans existants et les adapter aux nouvelles situations et pour donner suite à ces plans. Les principes de la planification régionale quant à l'emplacement stratégique des installations plus complexes comme les hôpitaux, devront être observés tandis que les critères comme le rapport population-lits d'hôpital devront être adaptés aux besoins de vastes régions à population clairsemée.

Circuits aériens organisés de services de santé

Dans un document[1] préparé à la demande de la Commission, le Service a dressé un plan audacieux de circuits aériens organisés des services de santé qui amèneraient des visites régulières, plusieurs fois par année, du personnel de santé aux agglomérations éparses du Yukon et des Territoires du Nord-Ouest. La carte ci-jointe montre ces circuits.

Nous recommandons la mise en œuvre de ce plan pour 1967, ce qui assurerait la plus grande efficacité possible du personnel de santé et qui renforcirait considérablement les services préventifs par la surveillance régulière de la santé et par une détection rapide des problèmes avant qu'ils ne deviennent des cas d'urgence graves et coûteux. Les appareils et le personnel aux bases appropriées pour chaque circuit devraient être subventionnés par le Service de santé du Nord de sorte qu'ils soient constamment en disponibilité, tout en servant à d'autres agences. Pour assurer un service à l'année longue, il faudrait préparer des pistes d'atterrisage à tous les endroits desservis par les circuits et, là où la chose est possible, on devrait étudier l'emploi d'hélicoptères ou d'autres appareils exigeant une piste d'atterrisage courte.

Autres services

Parmi les services de santé fournis dans l'Arctique oriental, on compte les visites annuelles d'équipes de santé à bord du *C. D. Howe* du ministère des Transports.

Il existe un besoin urgent, tant pour la population résidente que pour le personnel de santé posté dans le Nord, de visites régulières par un spécialiste[2], tant pour fins de consultations dans des cas particuliers que pour des séminaires destinés au personnel et réunis à cette fin.

Il faut aussi assurer des visites régulières d'un dentiste et d'un personnel d'auxiliaires dentaires.

Ni le personnel résident ni le transport par les circuits aériens de services de santé ne peuvent être entièrement efficaces sans l'aide d'un réseau suffisant de télécommunications. On a étendu les communications téléphoniques et radiophoniques au cours des dernières années, mais cela n'est pas encore suffisant pour fournir à tous les postes d'infirmières et à tous les dis-

[1] Service de santé du Nord, *Health Services for Small Population Groups in Outlying Areas of Northern Canada*, miméographié, Ottawa, 1963.

[2] Particulièrement en orthopédie, en ophtalmologie, en psychiatrie, en pédiatrie et en médecine interne.

pensateurs non spécialisés, la possibilité de communiquer à n'importe quel moment avec un centre disposant d'un médecin résident où ils pourraient obtenir des conseils ou demander de l'aide. Un tel service de 24 heures devrait être mis à la disposition de tout le personnel qui peut avoir besoin de communiquer avec un centre extérieur à toute heure du jour ou de la nuit[1].

Il serait essentiel que les moyens de transport et de communication soient planifiés et fournis de telle sorte qu'ils puissent servir non seulement au personnel de santé, mais aussi à toutes les autres agences. Il s'agit ici d'un domaine important où la coordination que nous recommandons généralement est absolument nécessaire si tous les services doivent être planifiés et fonctionner efficacement.

Le dispensateur non spécialisé est d'une grande importance dans les agglomérations plus petites de même que les dépôts suffisants de fournitures médicales[2]. Les dispensateurs ont fourni des services précieux dans les agglomérations où il n'était pas possible de maintenir un personnel professionnel. Nous avons souligné le besoin de formation continue pour le personnel de la santé et les avantages qu'elle comporte; ceci s'applique particulièrement aux dispensateurs. Des cours annuels de rafraîchissement et le manuel conçu par le Service de santé du Nord, manuel qui doit être distribué par ce Service, augmenteront efficacement l'efficacité des dispensateurs. Pour les individus et les petits groupements encore plus isolés, ce Service a mis au point la «trousse médicale des familles esquimaudes» dont nous recommandons la distribution à tous ceux qui en ont besoin.

Une question qui est d'importance particulière dans le Nord est le transport des malades jusqu'à un centre où l'on peut procéder aux mesures diagnostiques et thérapeutiques nécessaires. Nous avons recommandé que des services ambulanciers, et dans les régions isolées, des services d'ambulance aériens, soient fournis en vertu du Régime de services de santé[3]. Il peut cependant, être nécessaire de transporter des malades jusqu'à un centre éloigné sans qu'il soit besoin de service ambulancier d'urgence. Pour rendre la situation des résidents du Nord semblable à celle de leurs concitoyens du Sud, nous recommandons que les frais de transport jusqu'au centre le plus proche du Sud fasse partie des prestations de soins médicaux.

Les conditions dans le Nord créent des problèmes médicaux et des problèmes de services qui sont particuliers à cette région et qui sont différents de ceux qu'on rencontre dans le Sud. Nous recommandons donc que le Conseil de recherche en sciences de la santé consacre des fonds à la recherche appliquée dans le Nord, y compris des études portant sur l'effet des habitudes (comme l'alimentation) et les conditions de vie sur la santé.

Effectifs

En tant qu'objectif et partie de la politique générale, nous croyons que l'éducation et la formation pour les professions et les occupations de la santé

---

[1] Voir volume I, chapitre 2, recommandation 36, p. 34.
[2] *Ibid.*
[3] *Ibid.*, recommandation 30 n), p. 33 et recommandation 36, p. 34.

devraient être donnés aux résidents permanents du Nord[1]. Des débuts prometteurs ont déjà été faits avec la formation de résidents du Nord en tant qu'agents de salubrité et aides-infirmières. Ceci devrait devenir une partie essentielle de la politique en ce qui concerne le personnel dans le Nord et devrait être étendu de façon à offrir aux résidents une formation dans tous les domaines de la santé, soit dans les centres régionaux situés dans le Nord ou dans les écoles établies du Sud. Ces personnes ne devraient pas être obligées d'exercer dans le Nord, mais elles seront mieux préparées et en général probablement plus attirées par une telle carrière dans le Nord que ne l'est un personnel venant du Sud.

Pour ces derniers, les conditions devraient les retenir au moins de trois à cinq ans, plus longtemps si possible. Pour y arriver, il faut exercer beaucoup de soins dans le choix du personnel en ce qui a trait aussi à leur adaptabilité personnelle. Pour pouvoir opérer un choix, cependant, il faut attirer un nombre suffisant de candidats. On ne peut y arriver que par une politique réaliste en matière de personnel, tenant compte des désavantages qui sont apparents pour le candidat et de ses aspirations personnelles. Il s'agit d'un climat et de conditions de vie inusités, mais aussi des difficultés que créent l'éloignement de sa famille et les possibilités d'éducation. Il faut aussi penser aux enfants à l'école ou à l'université. Toutes ces questions ressemblent beaucoup aux problèmes qui se présentent aux fonctionnaires internationaux et nous recommandons que la ligne de conduite des Nations Unies en matière de personnel serve de modèle pour notre ligne de conduite en ce qui a trait au traitement, aux allocations, aux congés, aux dispositions pour les voyages, et aux autres exigences particulières à ce genre d'emploi.

Dans certains cas, ceci peut devoir comprendre des avantages en nature, comme le logement, qui, même au Sud, servent à attirer le personnel médical dans les régions éloignées. Par ailleurs, certaines gens préféreront construire et décorer leur maison en fonction de leurs goûts et de leurs besoins, ce qui leur fournit en même temps une certaine occupation. Les allocations de logement devraient compenser la différence de coût.

Dans le recrutement du personnel, on devrait aussi faire appel à l'enthousiasme et à l'idéalisme de ceux, particulièrement chez les étudiants et les jeunes diplômés, qui veulent appliquer leurs connaissances et leur talent aux endroits où ils sont le plus nécessaires.

---

[1] Ce que D. Jenness propose en ce qui a trait à la navigation s'applique aussi dans une large mesure aux autres services du Nord: Le Danemark a formé quelques-uns de ses 30,000 Groenlandais, qui sont les cousins germains de nos Esquimaux, de façon qu'ils puissent s'occuper de tout le trafic le long des côtes de leur grande île. Ne serait-il pas à notre avantage de suivre la même politique dans les Territoires du Nord-Ouest—former nos Esquimaux, qui sont familiers depuis l'enfance avec le milieu arctique, à équiper et à piloter non seulement les petits caboteurs que certains d'entre eux exploitent déjà, mais les gros brise-glaces et les cargos qui sillonnent actuellement nos eaux nordiques? Les chefs de nos Esquimaux d'il y a un siècle n'ont pas laissé de successeurs. Ils n'ont pas produit de Winston Churchill qui puisse prendre un microphone et lancer cet appel aux Canadiens d'un océan à l'autre: «Donnez-nous l'éducation et la formation, donnez-nous l'occasion de travailler et nous, en association avec vous, nous construirons un nouvel Arctique.» (D. Jenness, *Eskimo Administration: II, Canada, Arctic Institution of North America, Technical Papers No.* 14, 1964, p. 178.)

Nous avons recommandé au volume I de notre rapport[1], que le Conseil de recherche en sciences de la santé étudie la possibilité d'organiser une école de médecine, probablement à l'Université Memorial à St-Jean, Terre-Neuve, qui donne à ses diplômés en médecine une formation spéciale les préparant à exercer dans des régions éloignées. Nous avons parlé en particulier du rôle d'une telle école dans la formation de praticiens provenant des nations en éveil et nous avons comparé son rôle à celui de l'Université St-François-Xavier, à Antigonish, Nouvelle-Écosse, en ce qui a trait au mouvement coopératif. Comme dans ce dernier domaine, il existe des régions sous-développées dans les domaines de la santé et des autres services communautaires au Canada. Des régions peu peuplées des provinces et des territoires exigent des pionniers pour y instaurer des meilleurs services et le personnel formé à une école comme celle que nous recommandons pour l'Université Memorial y sera nécessaire. L'école de médecine devrait servir aussi à la formation d'autre personnel, par exemple des infirmières d'hygiène publique devant servir dans le Nord, et elle pourrait aussi fournir de brefs cours ou des cours de perfectionnement pour les dispensateurs non spécialisés et certaines catégories de personnel auxiliaire qui peuvent être appelés à fournir des services de santé dans les régions isolées.

Le Nord fournit en outre de bonnes occasions pour l'école d'y envoyer ceux de ses étudiants qui veulent exercer la médecine d'arrière-pays soit au Canada ou ailleurs. De plus, on pourrait familiariser l'étudiant en médecine ou l'étudiante-infirmière avec le défi et les problèmes du Nord, ce qui attirerait certains à y pratiquer et peut-être ferait comprendre à certains qui auraient voulu commencer leur carrière dans le Nord, qu'ils ne sont pas faits pour ce genre de travail.

Quand de tels travaux pratiques sont entrepris dans le cours du programme d'étude, les frais de transport, aller et retour jusqu'au poste du Nord, devraient être payés à même la Subvention à la formation professionnelle.

INTÉGRATION DE LA PLANIFICATION ET DES SERVICES

Nous avons déclaré que les principaux problèmes de santé du Nord sont ceux qui sont étroitement reliés au milieu social. Tandis que l'amélioration des services de santé et peut-être quelques progrès sociaux ont produit certaines améliorations, il n'y a aucun espoir que les services de santé seuls puissent réduire considérablement la mortalité chez les nourrissons et les enfants, la morbidité due aux maladies respiratoires et à la tuberculose, et puissent amener aux gens du Nord, une vie plus longue et plus heureuse ainsi qu'une meilleure santé. On ne peut y arriver que par une attaque simultanée sur tous les fronts contre la maladie, la pauvreté et les problèmes que causent la destruction des traditions et l'adaptation à de nouveaux schèmes sociaux.

---

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

La solution finale doit fournir des occasions d'emploi pour les gens du Nord si l'on veut que cette région devienne autre chose qu'une simple base pour des stations météorologiques, des avant-postes scientifiques ou des installations de défense exploitées par un personnel temporaire. La possibilité de développement économique semble bonne; les débuts permettent certainement des espoirs. Mais il ne s'agit pas d'une solution immédiate ou à court terme. Il faudra peut-être dix ou vingt ans, ou une génération ou deux, avant qu'on puisse réduire de façon substantielle la dépendance économique des Territoires—et ceci seulement si la mise en valeur fait l'objet d'une planification complète et si elle comprend la formation de la main-d'œuvre locale.

Mais que faire en attendant? Allons-nous laisser les nourrissons et les enfants mourir à un taux effrayant, et leurs parents vivre toute leur vie et mourir dans la misère qu'ils connaissent maintenant? Ceux que nous avons vus dans des tentes et des igloos y seront-ils encore l'hiver prochain et l'hiver suivant? Allons-nous continuer à faire sortir du Nord les tuberculeux, à arrêter le progrès de leur maladie puis à les renvoyer dans le milieu où ils ont d'abord contracté la maladie? Continuerons-nous à amener des enfants à d'excellentes écoles durant quelques années pour apprendre les façons de vivre du Sud et ensuite à les renvoyer à la saleté et à la pauvreté? Allons-nous continuer notre expérience de former des gens à une économie de salaires et d'argent pour les renvoyer plus tard à leurs anciennes traditions?

Là, plus que dans n'importe quelle autre partie du Canada, on voit qu'il est impossible de séparer la santé du bien-être social. Ayant étudié les problèmes de santé et ayant fait des recommandations en vue des services de santé, pour exécuter notre mandat, nous devons ajouter que ces mesures ne réussiront que si elles s'accompagnent de mesures assurant un logement suffisant, la salubrité et l'approvisionnement d'eau en même temps qu'une façon suffisante de gagner sa vie. Ce dernier point devrait résulter d'une activité productrice. Là où on ne peut pas atteindre ces résultats tout de suite, il faut y viser et s'y préparer pendant que d'autres mesures servent à entretenir ces gens pendant leur stade actuel de transition. Des rapports du Service de santé du Nord citent à plusieurs reprises le logement comme le principal obstacle à l'amélioration de la santé. Nous sommes convaincus que le Canada a les moyens de fournir à ce quelques milliers de citoyens du Nord qui n'ont pas actuellement de logement suffisant, des maisons qui assurent une norme suffisante de santé. Notre pays ne peut pas se permettre de laisser plusieurs milliers de ses citoyens croupir dans des conditions qu'il condamne à juste titre ailleurs dans le monde et contribue à améliorer.

Ceci est un aspect de l'intégration nécessaire de la planification et des services dans les divers domaines de développement communautaire.

Nous avons déjà parlé d'une autre dimension de lien étroit entre les services de santé et les autres services, soit le domaine du transport et des communications. Le système proposé de circuits aériens et le service de télécommunications de 24 heures par jour, ne seront probablement pas entièrement utilisés pour fins des services de santé mais seront disponibles en permanence. Cet équipement peut donc être disponible aux autres services à

condition qu'il y ait des dispositions appropriées pour les cas d'urgence. Selon nous, ce ne sont pas essentiellement des services de santé mais des services servant à l'administration générale de la région, compte tenu des besoins des services de santé.

Ceci ne doit cependant pas retarder la mise sur pieds des services de santé qui sont prévus non plus que la fourniture de maisons et d'autres installations communautaires. Nous n'hésitons pas à considérer la situation dans de nombreuses parties du Nord comme un cas d'urgence qu'on a laissé continuer trop longtemps.

Nous croyons qu'il n'existe pas de difficultés techniques insurmontables et que les matériaux nécessaires peuvent êtres prêts pour l'ouverture de la prochaine saison de navigation. Nous traiterons plus bas des problèmes financiers.

Ce qui est nécessaire, c'est une intégration plus étroite des diverses administrations en cause, de sorte que la planification, l'opération elle-même et le financement puissent être entrepris de la façon la plus efficace[1].

COÛTS

La plupart des recommandations qu'on trouvera à la fin du présent chapitre traitent de l'amélioration de certains procédés: elles concernent en grande partie la mise en œuvre de plans qui existent déjà et dont le coût sera absorbé par le budget du ministère. Il est important, cependant, que le Service de santé puisse donner suite aux mesures prévues dans le cadre de l'administration du Nord sans courir le risque de voir son budget réduit par suite de rajustements au sein du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social—le futur ministère fédéral de la santé, si l'on donne suite à nos recommandations.

Il résulterait cependant un nouveau service de nos recommandations en vue d'un circuit aérien de services de santé[2]. Si on le considère seulement comme service de santé, nous sommes d'avis que son coût est peu élevé en fonction des avantages, y compris les avantages économiques, qu'on en retirera. Le coût annuel d'exploitation du régime est évalué à $230,000[3]. Le coût de services thérapeutiques pour les seuls Esquimaux au cours de l'année financière 1961-1962 s'est élevé à environ $3,200,000[4]. Il en coûterait environ autant pour les services aériens que pour traiter 35 cas de tuberculose active[5]. On peut noter ici qu'une épidémie de tuberculose

---

[1] Voir aussi la Commission royale d'enquête sur l'Organisation du Gouvernement, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1963, volume 4, pp. 175 à 183, sur la «Coordination des activités fédérales dans le Nord».

[2] Voir p. 273 du présent chapitre.

[3] Soit environ $130,000 de frais de voyage et $100,000 pour le personnel supplémentaire et leur entretien.

[4] Ceci ne comprend pas les dépenses pour les services de santé assurés aux Indiens du Nord et aux blancs, ces frais étant assumés par les gouvernements territoriaux (Service de santé du Nord. *op. cit.* pp. 6 et 7).

[5] Service de santé du Nord, *op. cit.* p. 7.

dans un seul petit village a produit, dans l'espace de six mois, quatre-vingts cas de tuberculose active[1]; ceci a amené l'enquêteur à déclarer: «Il va sans dire que je peux concevoir de meilleures façons pour nous de dépenser le demi-million de dollars en fonds publics que cette épidémie nous coûtera—des façons qui auraient profité bien davantage à ces enfants[2].» Il est à remarquer que les services fournis par le Service de santé du Nord combinent à la fois des fonctions de prévention et d'éducation qui relèvent traditionnellement de l'hygiène publique et des fonctions de traitement. Il en serait de même pour les circuits aériens prévus du personnel de la santé qui auraient aussi le grand avantage non seulement de prévenir entièrement certains problèmes de santé mais aussi d'en dépister et d'en combattre d'autres avant qu'ils n'atteignent des proportions plus graves.

Nous nous reportons ici à la recommandation 36[3] qui prévoit une ambulance aérienne, la radiotéléphonie, de nouveaux postes d'infirmières et des dépôts de médicaments dans les régions isolées du Nord et d'ailleurs. En outre, les services de transport et de communication serviraient à d'autres besoins de la collectivité et des ministères en même temps qu'à ceux du Service de santé.

Ceci suffit pour ce qui est du financement des services de santé proprement dits. Là où nous nous attendons à des frais supplémentaires considérables, c'est dans le domaine des autres services communautaires qui ont un rapport direct avec la santé mais qui dépassent la portée de nos recommandations. Ici encore les ministères en cause ont prévu les améliorations dans leur budget et si nous pouvions nous contenter du développement graduel que nous avons décrit, l'aspect financier serait absorbé par les budgets réguliers des ministères.

Nous avons souligné, cependant, l'extrême gravité et l'urgence de la situation qui exigent des mesures immédiates plutôt qu'un développement à long terme. Ceci peut peut-être impliquer la fourniture immédiate de disons 2,000 maisons pour les résidents du Nord, lesquelles maisons seraient autrement fournies sur une période de plusieurs années.

Ceci voudrait dire qu'on s'acquitterait envers ces gens d'une dette morale depuis longtemps en souffrance—ce qui ne serait peut-être pas possible dans les limites d'un budget ministériel. A l'approche des fêtes de son centenaire, le Canada a maintenant atteint un stade de son histoire où il fait l'inventaire de nombreuses choses que nous n'avons pas eu le temps de faire jusqu'ici, occupés que nous étions à construire notre pays et à lui assurer une solide fondation économique. Nous nous arrêtons maintenant et nous voulons nous occuper des choses pour lesquelles nous n'avons pas eu le temps. Il s'agit des raffinements de la vie et nous tirons des plans à l'heure actuelle pour construire des centres d'art, des musées, des monuments auxquels nous ne sommes pas arrêtés jusqu'à présent mais dont nous croyons qu'ils sont néces-

---

[1] P. E. Moore, *An Epidemic of Tuberculosis at Eskimo Point, Northwest Territories.* Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1963, p. 1.

[2] *Ibid.*, p. 16.

[3] Voir volume I, chapitre 2, p. 34.

saires pour le centième anniversaire. Or, parmi les choses que nous avons oubliées, négligées ou dont nous n'avons tout simplement pas eu le temps de nous occuper, on compte le Nord et ses habitants. Fournir au moins à ces gens des maisons habitables serait pour eux un monument au moins aussi approprié que le sont les centres d'art pour nous, les habitants du Sud. Tant par sa nature que par les sommes impliquées, nous croyons que ceci serait une réalisation digne du centenaire. Ainsi, les ministères en cause pourraient exécuter les mesures massives dont on a un besoin urgent et fournir à même leur budget régulier des mesures intensifiées dans d'autres développements communautaires qui iraient de pair avec l'amélioration des logements et des services de santé.

LE NORD AU CANADA ET AILLEURS

Le Nord canadien présente des aventures audacieuses, beaucoup de dévouement et de sacrifices personnels, quelques mises en valeur économiques qui ont réussi et, malgré des erreurs et des échecs, une bonne planification gouvernementale et de nombreuses améliorations. Mais ces améliorations n'ont eu lieu que récemment et, comme nous l'avons souligné, des budgets annuels réguliers ne permettent guère de donner suite à un programme de développement rapide face à un retard énorme. Ainsi, le Nord est resté en grande partie négligé et sous-développé; on procède par demi-mesures, sans savoir si on devrait faire quelque chose ou si au contraire, on ne devrait pas faire davantage. Les Églises et les missions laïques sont établies dans le Nord depuis de nombreuses années; elles ont fait des choses heroïques, comme en sont témoins les grands hôpitaux et les hôtels qu'ils ont érigés près de leurs églises. Ces premiers missionnaires à aller dans le Nord et les autres qui veulent soulager la misère de ces peuples, ont toute notre admiration. Mais les choses en sont restées là. Pouvons-nous, du point de vue économique, nous permettre de mettre le Nord en valeur ou pouvons-nous, du point de vue moral, nous permettre de ne pas le faire?

Le Canada n'est pas le seul pays à faire face aux problèmes des régions septentrionales et, comme dans tant d'autres cas, nous pouvons nous demander ce que les autres font et combien ils peuvent se permettre de faire. Il n'est jamais facile de tirer des comparaisons entre divers pays à cause du nombre de variables en cause. Par exemple, il est difficile de définir le Nord. Pour nous, le Nord représente une terre stérile et un climat froid, comme nous en trouvons au Canada, disons au Nord du 60e parallèle. En Scandinavie, cependant, il faut aller beaucoup plus au Nord pour trouver des conditions semblables. Oslo et Stockholm, par exemple, sont situés plus au Nord que Churchill, Manitoba. Ces villes, tout comme Juneau et Anchorage en Alaska et Leningrad en Russie, sont toutes situées près du 60e parallèle. Trevor Lloyd, qui a voyagé beaucoup dans le Nord tout autour du globe, en est venu à la conclusion suivante: «*Nous avons été* lents à développer le Nord—nous avons même été négligents au cours des années 1920 et des

années 1930, alors que d'autres pays étaient très actifs.» Il ajoute, cependant: «Mais nous avons des difficultés spéciales qui n'existent pas au même point dans les autres terres septentrionales[1].»

Malgré ces différences, dont nous devons tenir compte dans nos conclusions, les problèmes fondamentaux sont communs à toutes les régions septentrionales: climat rigoureux, terre stérile et inaccessible, habitée par une population originalement primitive. Nous avons vu ce que le Canada en a fait. Que dire des autres pays?

Dans notre analyse des conditions de santé en général, nous avons à plusieurs reprises utilisé le taux de mortalité infantile comme indice de l'état général de santé. Voici quelques comparaisons entre les Territoires du Nord-Ouest, l'Alaska, et le Groenland, montrant en gros les différences dans les taux entre les divers groupes ethniques:

Mortalité infantile (par 1,000 naissances vivantes)

	Indiens	*Esquimaux*	*Blancs*
Territoires du Nord-Ouest (1961)*	81	185	21

	Non-blancs	*Blancs*
Alaska (1959)†	72.9	26.9

	Enfants de femmes nées au Groenland
Groenland (1961)‡	65.9

* Service de Santé du Nord, *Report on Health Conditions in the Northwest Territories, 1963*, Ottawa, 1964, miméographié, tableau 5.

† Ministère américain du commerce, *Statistical Abstract of the United States, 1962*, Bureau des impressions du gouvernement des États-Unis, 1962, p. 68.

‡ *Sundhedstilstanden i Grønland, Landslaegens Arsberetning 1961*, Beretninger vedrørende Grønland, Sydgrønlands Bodtrykkeri, 1963, p. 19.

[1] Le Nord de la Norvège, par exemple, n'est pas arctique; il est tout au plus subarctique. On peut acheter un billet pour aller par bateau autour du Cap septentrional de la Norvège, n'importe quel jour de l'année, et ce Cap est au 70° degré de latitude nord—soit environ la même latitude que le point le plus au Nord de l'Alaska où les navires ne peuvent aller, sauf en certains moments de l'été. Le Groenland occidental, où les Danois ont amené un progrès si remarquable dans le domaine de l'éducation, de l'économie et du développement social, jouit aussi d'une situation très favorable. Le Sud-Ouest est aussi ouvert à la navigation toute l'année et le climat est relativement clément même dans le Nord. Même nos voisins situées de l'autre côté du Pôle Nord en l'Union soviétique, bien qu'ils jouissent d'une réputation bien méritée d'experts en l'Arctique, n'ont pas un arctique aussi rébarbatif que le nôtre. Ils n'ont pas tout le labyrinthe d'îles que nous avons entre la haute mer et le continent et qui rend si difficile le transport par mer. Et les grands fleuves qui coulent vers le nord de la Sibérie fournissent d'excellents moyens de transport entre les îles du sud et la côte arctique. T. Lloyd, *The Land and The People*, dans *The Unbelievable Land*, éd. par I. N. Smith, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964, p. 3.

Une autre illustration de la différence de conditions que révèle le taux de mortalité infantile de l'Esquimau canadien et de sa contrepartie du Groenland (compte tenu d'une définition quelque peu différente) est la différence dans les conditions de logement[1]. Une brochure décrivant l'Esquimau canadien, publiée en 1957, montre une tente esquimaude avec la légende suivante: «Durant l'été nordique, les tentes de toile fournissent un abri *suffisant* pour les familles esquimaudes[2].»

Au Groenland, cependant, les tentes et les igloos n'existaient pratiquement pas en 1957, car elles avaient été remplacées par de solides maisons. En 1958, il y a six ans, un voyageur Canadien au Groenland a fait l'observation suivante en ce qui a trait au logement après avoir visité une agglomération:

> Nous avons vu deux ou trois maisons de pierre et de terre; nous sommes entrés dans une d'elle, au grand désarroi des officiels danois, qui n'avaient évidemment pas prévu cela! La maison semblait chaude et elle avait un poêle à charbon qui brulait du charbon du Groenland, mais il y avait peu d'autres meubles à par une plate-forme servant de lit, dont j'ai pris une photo. Ces maisons doivent être démolies l'an prochain, et, en toute justice, je dois dire que nous avons vu très peu de maisons pauvres tout au long de notre voyage[3].

Une description du Groenland dont la troisième édition a été publiée en 1961[4] déclare:

> Partout, qu'il s'agisse de grandes ou de petites agglomérations, le Groenlandais a sa propre maison et s'y sent chez lui... Les vieilles maisons de tourbe se trouvent encore dans quelques petites agglomérations, mais elles sont toutes lambrissées de bois et munies de bonnes fenêtres. En général, les Groenlandais habitent maintenant des maisons de bois, grandes ou petites, dont les dimensions et l'apparence dépendent des ressources de l'homme et des qualités de ménagère de sa femme.

Bien qu'il existe encore des cases primitives, «règle générale, les maisons sont assez grandes pour contenir une cuisine et une salle de séjour en bas, et une ou deux chambres à coucher à l'étage[5]». Ceci fait partie du développement général.

Pour ce qui est de la situation du logement en Alaska, on estime «qu'environ la moitié des aborigènes de l'Alaska habitent de modestes édifices de bois faits de bois commercial ou de bois de grève, de caisses d'emballage et de diverses autres pièces de bois. Sur les autres, les deux tiers

---

[1] Voir aussi volume I, chapitre 5, p. 227.

[2] Ministère des Affaires du Nord et des Ressources nationales, *Peoples of the Northwest Territories*. Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1957, p. 24.

[3] Service de santé des Indiens et du Nord, *Report on a Visit to Greenland (août-septembre 1958)*, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Ottawa, miméographié, p. 11.

[4] Le Ministère royal des affaires étrangères du Danemark, *Greenland*, Danemark, Perfecta, 1961, pp. 50 et 51.

[5] *Ibid.*, p. 52.

habitent des cabanes de troncs d'arbre, et un tiers (ou moins) des igloos de tourbe creusés sous terre pour fins de chaleur[1]».

Nous n'avons aucunes statistiques comparables pour l'Union soviétique. Mais nous avons une impression générale de développement rapide et spectaculaire de l'Arctique russe. A l'aide de navires spécialement conçus et de gros brise-glace, la navigation dans l'Arctique est assurée pour cinq ou six mois par année. «Igarka, un des ports soviétiques les plus considérables situé au Nord du cercle Arctique, à la même latitude que les villes canadiennes de Bathurst Inlet et d'Aklavik, est maintenant ouvert non plus pour une semaine ou une semaine et demie comme c'était le cas il y a quelques années, mais pour quatre ou cinq mois par année. Les brise-glace ont permis de doubler la saison de navigation à des latitudes encore plus élevées de la région arctique[2].» Outre les villes et les centres industriels de la Sibérie septentrionale, la vie a aussi changé dans les petites agglomérations éloignées. Nous avons devant nous la description de la vie dans les villages de la Péninsule de Chukotka, c'est-à-dire, la langue de terre située sur le Cercle Arctique et qui se projette du continent asiatique vers le détroit de Béring. «Autrefois, quand on parlait de Chukotka, on pensait à la chasse et à l'élevage des rennes. Aujourd'hui, parmi la population indigène, il y a des travailleurs de divers métiers, des médecins, des ingénieurs, des professeurs, des écrivains, des capitaines et des experts en élevage[3].» Ces derniers sont nécessaires pour prendre soin de tous les bestiaux acclimatés à la région, y compris les bêtes à cornes, les volailles et les animaux de ferme[4]. Dans l'Union soviétique, environ un million d'habitants demeurent dans le haut arctique seul. Plus de cinq millions habitent les régions forestières du Nord reliées à la voie maritime septentrionale[5].

Au début de ces comparaisons internationales nous avons souligné les différences et les désavantages du Nord canadien en comparaison de celui de nos voisins. Nous devrions mentionner aussi les ressources beaucoup plus considérables de États-Unis et de l'Union soviétique, qui rendent aussi les comparaisons assez dangereuses. Mais que dire des réussites du Danemark au Groenland? La population du Groenland (33,000 en 1961) est seulement un peu plus petite que celle du Yukon et des Territoires du Nord-Ouest (39,000). Le revenu par habitant des Danois est considérablement plus bas que celui des Canadiens et leur Produit national brut est moins d'un cinquième de celui du Canada[6]. Le Danemark doit expédier des matériaux de construction, des fournitures médicales, certains produits d'alimentation et la plupart des autres produits à travers plusieurs milliers de milles de l'Atlantique Nord.

---

[1] Ministère américain de la santé, de l'éducation et du bien-être social, *Eskimos, Indians and Aleuts of Alaska—A Digest*, Washington, 1963, p. 5.

[2] V. Fedorovich, *Crushing Icefields of Baltic*, dans *Soviet Union Today*, juin 1964, p. 18.

[3] *The Rebirth of Chukotka*, éditorial dans *Soviet Union Today*, mars 1964, p. 18.

[4] *Ibid.*

[5] P. Shumsky, *Arctic Problems and Warm Meetings*, dans *Soviet Union Today*, février 1964, p. 3.

[6] Nations Unies, *Comptes nationaux 1962*, New York, 1963.

Mais ici aussi, il y a une différence, outre certains facteurs de climat. Les Danois avaient une avance dans le développement du Groenland. Ils peuvent se vanter que: «le travail d'éducation des Groenlandais a commencé il y a plus de deux cents ans et l'analphabétisme a été aboli il y a plus de cent ans[1].» Il y a cent ans, les Canadiens étaient encore occupés à consolider les régions méridionales de leur pays, mais depuis ce temps, ils ont dépassé ou rejoint beaucoup d'autres pays dans leur développement économique, social et politique et le temps est sûrement venu ou le Nord doit être compris dans ce développement. Comme le disait un ancien sous-ministre du ministère du Nord canadien et des Ressources nationales et commissaire des Territoires du Nord-Ouest: «Le Nord alors ne sera pas mené par des étrangers, ses vrais propriétaires se contentant du rôle de spectateurs. Il sera dirigé par les gens qui y habitent. C'est une chose possible. Le Groenland a progressé beaucoup en direction de ce but et je suis convaincu que nous aussi pouvons le faire[2].»

Les ministères gouvernementaux et les agences privées intéressés à cette région et à ses habitants, ont accompli beaucoup dont ils peuvent être fiers. Eux et leurs agents ont les connaissances, l'aptitude et le désir de progresser. Il faut maintenant une planification intégrée de leurs efforts mais avant tout, il faut que cessent l'apathie et l'indifférence du public et il faut une aide considérable, tant financière que morale, pour ceux qui peuvent faire le travail.

RECOMMANDATIONS

Quelles sont donc les étapes nécessaires pour remédier à la grave situation que nous avons décrite? Nous n'entretenons pas d'illusion que ce sera une tâche facile, mais nous sommes convaincus que le Canada peut le faire, qu'il en a les moyens et qu'en fait il doit le faire maintenant pour réparer le temps perdu et les occasions manquées. Nous ne saurions trop insister sur le fait que le développement doit comprendre toute une gamme de mesures sociales et économiques dont les services de santé ne constituent qu'une partie, mais la partie qui intéresse le plus immédiatement notre Commission.

La conclusion inéluctable en ce qui a trait aux services de santé est qu'il faut un plan directeur complet pour la mise sur pied rapide de services organisés capables non seulement de faire face à des cas d'urgence, comme les épidémies, mais de fournir un service permanent et continu de surveillance et de traitement.

Nous avons recommandé[3] que le Gouvernement fédéral conclue avec l'administration territoriale, des accords semblables à ceux qui sont prévus

---

[1] E. Brun, *Greenland Today*, Brochure miméographiée, pp. 4 et 5.
[2] R. G. Robertson, *op. cit.*, p. 137.
[3] Voir volume I, chapitre 2, recommandation 1, p. 19.

pour les provinces, en vue de l'introduction et du fonctionnement d'un Régime complet et universel de services personnels de santé, comprenant:

des services médicaux[1],
des services dentaires pour les enfants, les femmes enceintes et les bénéficiaires de l'assistance publique[2],
des services d'ordonnance[3],
des services d'optique pour les enfants et les bénéficiaires de l'assistance publique[4],
des services de prothèse[5],
des services de soins à domicile[6].

En outre, le régime d'assurance-hospitalisation doit se poursuivre avec les modifications recommandées[7].

Nous nous reportons aussi particulièrement à la recommandation 36[8], qui prévoit des services spéciaux dans les régions septentrionales, y compris l'ambulance aérienne, la radiotéléphonie, les postes de soins infirmiers et les dépôts de médicaments.

Étant donné les circonstances qui prévalent dans les régions septentrionales, nous recommandons, comme addition à la recommandation 59[9], que la cotisation d'un dollar par ordonnance ne s'applique pas en vertu du régime de services de santé des Territoires.

Cependant, pour rendre ces services accessibles dans les vastes régions des Territoires qui ne peuvent pas mettre sur pied le genre de services communautaires que nous avons décrits dans les chapitres précédents de notre rapport, d'autres mesures sont nécessaires. Tenant toujours compte du besoin urgent d'une politique complète, audacieuse et à longue portée pour faire face aux besoins de santé et aux autres besoins qui s'y rattachent, pour la population du Nord canadien, nous faisons les recommandations suivantes pour compléter celles qui traitent des régimes de services de santé. Nous recommandons instamment que, puisqu'il est très urgent d'améliorer les conditions dans ces régions, on donne à ces recommandations le même haut rang de priorité que nous avons assigné au régime de service dentaire pour les enfants et aux services pour les enfants arriérés et infirmes[10].

---

[1] Voir volume I, chapitre 2, recommandations 29 à 38, pp. 31 à 35.
[2] *Ibid.*, recommandations 39 à 57, pp. 36 à 40.
[3] *Ibid.*, recommandations 58 et 60, pp. 41 et 42.
[4] *Ibid.*, recommandations 83 à 94, pp. 50 et 51.
[5] *Ibid.*, recommandations 113 à 115, p. 61.
[6] *Ibid.*, recommandations 116 à 123, pp. 62 et 63. Pour ce qui a trait aux services organisés de soins à domicile dans les agglomérations du Nord, nous nous reportons à l'expérience d'un régime existant de soins à domicile dans des conditions d'arrière-pays à Grande Prairie, Alberta.
[7] *Ibid.*, recommandations 95 à 112, pp. 54 à 59.
[8] *Ibid.*, p. 34.
[9] *Ibid.*, p. 41.
[10] *Ibid.*, p. 93.

La Commission recommande:

Plan du service de santé du Nord

235. Qu'on accorde toute l'aide possible aux services de santé du Nord du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social pour accélérer la mise en œuvre des plans quinquennaux préparés pour le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest et que cette mise en œuvre soit comprimée dans une période de temps plus courte à mesure que les ressources deviennent disponibles.

236. Que le Service de santé du Nord mette sur pied, pour 1967, son réseau projeté de services aériens de santé reliant les diverses agglomérations à leurs bases de services de santé[1].

237. Que, dans la mesure du possible, de tels services de transport soient intégrés aux besoins des autres agences; et que, à chacune des agglomérations visitées, des pistes d'atterrissage convenables soient préparées et maintenues pour servir aux avions et, quand la chose est possible, aux hélicoptères en toutes saisons.

238. Qu'un réseau intégré de communications soit établi pour fournir un service de téléphonie 24 heures par jour et qu'on mette sur pied un réseau de communication visuelle quand la chose sera possible. Un tel réseau doit servir aux besoins des services de santé et doit être intégré aux besoins des autres agences de la communauté.

239. Qu'on prévoie des visites régulières aux stations du Nord par des spécialistes médicaux pour fins de consultation et de séminaires.

240. Qu'on prévoie des visites régulières aux stations du Nord par des dentistes et du personnel dentaire auxiliaire.

241. Qu'on fournisse une formation, des cours de perfectionnement, des manuels et l'équipement nécessaire pour maintenir un haut degré d'efficacité chez les dispensateurs non spécialisés.

242. Qu'on intensifie la fourniture de «trousses médicales familiales» et du manuel de directives nécessaires aux familles isolées et aux petits groupes.

Service de santé du Nord

243. Que, tandis qu'on met en œuvre les plans quinquennaux actuels pour l'amélioration des services de santé au Yukon et dans les Territoires du Nord-Ouest, on prépare des plans à plus longue portée pour une nouvelle période de cinq ans de façon à assurer le développement et l'amélioration des services de santé à l'avenir dans les Territoires.

---

[1] Voir p. 273.

244. Que les besoins budgétaires du Service de santé du Nord du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social soient considérés dans le cadre du budget territorial plutôt que comme partie du budget ministériel.

Personnel: Recrutement, formation et conditions d'emploi

245. Qu'on fasse tous les efforts possibles pour former les habitants des Territoires en intensifiant la formation des assistantes-infirmières et en fournissant progressivement une formation plus poussée pour le personnel professionnel et technique de la santé.

246. Que, comme partie d'un programme accéléré de sept ans, des subventions soient rendues disponibles à même les subventions à la formation professionnelle, pour couvrir le coût de cette éducation ou de cette formation.

247. Que, lorsqu'une école ouvrira ses portes à l'Université Memorial de St-Jean (Terre-Neuve)[1], une partie du programme soit orientée en fonction des besoins des services de santé dans le Nord canadien, et dans les autres régions peu peuplées.

248. Que l'Université Memorial, à St-Jean (Terre-Neuve), établisse, en rapport avec sa future école de médecine, des cours spécialisés pour la formation d'autres praticiens de la santé et l'acquisition des connaissances particulières et des techniques nécessaires pour l'exercice dans le Nord et les autres régions peu peuplées.

249. Qu'une aide financière soit mise à la disposition du personnel en formation pour le service de santé dans le Nord à même les subventions à la formation professionnelle, pour leur permettre de faire leurs travaux pratiques dans le Yukon ou les Territoires du Nord-Ouest.

250. Que les conditions d'emploi pour le personnel de la santé puissent attirer pour des périodes d'au moins trois à cinq ans, un personnel bien compétent. Ces conditions comprennent la rémunération aussi bien que d'autres avantages destinés à rendre les conditions de travail aussi égales que possible à celles qui prévalent dans le Sud. Parmi ces dispositions devraient se trouver:

a) des salaires et des allocations concurrentiels et attrayants pour compenser les différences de coût;

b) le reclassement des postes;

c) des congés, soit

(i) des vacances périodiques comprenant le transport, pour l'employé et pour sa famille, aller et retour, jusqu'à un endroit prédéterminé;

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

(ii) des congés aux employés en cas de maladie grave dans la famille, le transport étant payé, aller et retour, jusqu'au centre le plus proche du Sud pour l'employé et (ou) sa famille, en cas de maladie grave ou de décès dans sa famille immédiate dans le Sud;

(iii) des congés d'étude pour faciliter la formation permanente et l'amélioration de la compétence de l'employé[1];

d) une aide financière pour l'éducation et l'entretien des enfants lorsque le service dans le Nord exige qu'ils soient séparés de leurs parents,

e) un logement convenable.

251. Qu'on procède avec grand soin à la sélection du personnel de santé devant servir dans le Nord, en tenant compte de la compétence professionnelle aussi bien que des aptitudes et des qualités personnelles requises dans les circonstances.

Le transport comme prestation de soins médicaux

252. Que tous les résidents des Territoires qui auront besoin de soins médicaux non disponibles chez eux, soient transportés par avion jusqu'à l'endroit où ils pourront recevoir ces soins et retournés chez eux au moment de la radiation comme partie des prestations de services médicaux.

Recherches

253. Que le Conseil de recherche en sciences de la santé fournisse des fonds pour la recherche appliquée portant sur des problèmes particuliers de santé et de services de santé dans le Nord.

Coordination de l'activité gouvernementale dans le Nord

254. Qu'on renforcisse des agences existantes pour la coordination de l'activité des ministères fédéraux dans les Territoires, les services de santé étant suffisamment représentés tant au quartier général du ministère qu'au niveau local.

Développement général

255. Qu'on fasse des efforts intensifs pour mettre sur pied les services communautaires généraux en même temps que les services de santé.

256. Que la Commission du centenaire, comme réalisation du centenaire, examine la possibilité d'adopter la mise en œuvre d'un projet de démonstration, en deux endroits du grand Nord, de développement communautaire, y compris un logement convenable, de bons services de salubrité et les installations essentielles d'éducation, de santé et autres.

---

[1] Par exemple, on peut accorder une année de congé d'étude aux médecins, au milieu d'un engagement de cinq ans.

CONCLUSION

Nous nous attendons à ce que notre programme de services de santé pour les régions septentrionales rencontre des commentaires semblables à ceux qui ont été faits quand à l'ensemble du Régime de services de santé que nous proposons: ces recommandations procèdent de bonnes intentions, mais les Canadiens ne peuvent pas se permettre de les payer. Nous avons démontré au volume I que les Régimes de services de santé sont bien à la portée de l'économie présente et future du Canada. Le coût de l'amélioration des services de santé sera dans une large mesure compensé par la réduction des dépenses de bien-être social, surtout si les services de santé s'accompagnent d'une mise en valeur générale de la région. Les mises de fonds dans cette mise en valeur générale produiront des profits économiques même plus directement que ne le font les services de santé seuls, mais nous nous ne faisons aucune illusion et nous savons que, au moins dans l'avenir immédiat, de meilleurs services signifieront des frais plus élevés; il nous faut répondre aux questions suivantes: premièrement, le Canada en a-t-il les moyens? Deuxièmement, cela étant, les Canadiens sont-ils prêts à payer le coût?

Quand à notre capacité de payer, il ne saurait y avoir de doute, à la lumière de notre analyse des coûts au volume I et à la lumière du degré de mise en valeur des régions septentrionales accompli non seulement par les États-Unis et l'Union soviétique, mais aussi par les pays plus petits de la Scandinavie et particulièrement par le Danemark au Groenland. Le Canada peut certainement en faire autant.

Il reste à décider si les Canadiens sont prêts à assumer le coût supplémentaire de la santé et des autres développements dans le Nord. Il s'agit en somme, de décider si nous voulons que le Nord fasse partie intégrante du Canada ou si nous voulons le considérer comme une dépense inutile et établir notre frontière nationale au 60° parallèle, laissant aux Territoires, avec l'indépendance, la tâche de se faire vivre eux-mêmes, ou, ce qui est plus probable, les laissant absorber tôt ou tard, par leurs voisins de l'Ouest, de l'Est ou du Nord. Cette dernière solution, si elle a jamais été considérée sérieusement, a été rejetée par tous les politiciens et les savants responsables. Mais si nous voulons que le Nord fasse partie du Canada, et aussi longtemps que nous le voudrons, nous devons le traiter comme une partie du Canada et nous devons rendre accessibles aux Canadiens qui habitent ces régions, les mêmes services qui sont fournis aux autres Canadiens, «dans le cadre des limites imposées par les facteurs géographiques[1]».

Nous avons souligné que, pour devenir pleinement efficaces, les services de santé doivent s'accompagner d'une mise en valeur vigoureuse et bien planifiée de tous les autres aspects de la vie dans le Nord. Des entreprises du passé, dont certaines étaient mal conçues mais dont beaucoup aussi étaient magnifiques mais isolées, ont perdu beaucoup de temps et d'argent

[1] Voir volume I, chapitre 1, p. 12.

et ont souvent transformé l'enthousiasme en désespoir et en frustration ou en résignation apathique, parce que leur portée était trop limitée et qu'on n'y a pas donné suite dans le cadre d'un plan général.

Nous avons montré que les services de santé par eux-mêmes ne peuvent pas éliminer des problèmes de santé comme la tuberculose, ou un taux élevé de mortalité infantile qui sont en grande partie le résultat des facteurs du milieu. Pour fournir des emplois, il faut d'abord l'éducation et la formation et l'on n'assistera à aucune amélioration de la situation économique à moins que cela ne s'accompagne d'une amélioration de la santé. L'amélioration du logement et des autres facteurs du milieu ne donneront non plus de résultats que s'ils s'accompagnent de services de santé, d'éducation et de mesures économiques. Les meilleures écoles possibles n'atteindront pas leur but à moins qu'elles ne mènent à l'emploi et à une vie communautaire suffisante.

Il existe un bon exemple, au Canada, de ce qu'un développement concerté des services de santé en même temps que des améliorations générales d'ordre social et économique, peuvent accomplir. Nous comparons ci-dessous le taux annuel moyen de mortalité infantile dans les Territoires du Nord-Ouest et Terre-Neuve pour les périodes 1931-1935 et 1959-1963, respectivement[1].

	Territoires du Nord-Ouest	Terre-Neuve
1931–1935	110	116
1959–1963	122	38

Il se peut que l'augmentation dans les Territoires du Nord-Ouest soit plus apparente que réelle, soit due au fait que les statistiques sont mieux tenues ou peut-être à des fluctuations sans signification. Mais la baisse spectaculaire du taux à Terre-Neuve montre bien l'effet que peut avoir l'amélioration des services de santé et du niveau de vie.

En établissant cette comparaison, nous nous rendons compte des différences importantes, tant géographiques qu'économiques, entre Terre-Neuve et les Territoires du Nord-Ouest. Mais il demeure que la santé des habitants de Terre-Neuve s'est améliorée ce qui ne s'est pas produit—certainement pas dans la même mesure—dans les Territoires du Nord-Ouest, malgré l'expansion des services de santé. C'est pourquoi nous soutenons que le dévelop-

[1] D'après le Bureau fédéral de la statistique, *Statistique de l'état civil, 1962*, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964, p. 191; et *Statistique de l'état civil, 1963, Rapport annuel préliminaire*, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964, p. 4.

pement simultané de la santé et des autres services communautaires est nécessaire pour qu'on puisse prévoir un progrès valable dans n'importe quel domaine.

Le fait que l'extension de ces services dans le Nord soit «payante» au sens économique, est d'importance secondaire. Nous avons exprimé notre avis que: «La réalisation des normes de santé les plus élevées au bénéfice de *toute* notre population doit devenir un objectif premier de la politique nationale et un facteur de cohésion qui contribuera à cimenter l'unité nationale[1].» Ceci comprend les Canadiens du Nord aussi bien que ceux du Sud. Même si on leur fournit les meilleurs services possibles en vertu des circonstances, les Canadiens du Nord devront faire face à des difficultés et à des problèmes que ne connaissent pas leurs concitoyens du Sud.

Nous ne croyons pas que l'amélioration des services communautaires dans le Nord serve seulement à maintenir des agglomérations artificielles et inutiles[2]. Même s'il n'y avait pas là d'aborigènes et aucune possibilité de mise en valeur économique, les Canadiens iraient y établir et y maintenir des stations pour aider au transport, aux communications, à la météorologie et à d'autres explorations scientifiques, de même que certaines installations militaires. Développer les services communautaires au Groenland n'est pas économique pour le Danemark et pourtant le Danemark a élevé considérablement le niveau de vie des Groenlandais, même s'il doit le faire à deux mille milles de distance.

On a dit que: «Le Nord, avec ses immenses ressources cachées, est prêt à prendre vie. L'émerveillement et le défi du Nord doivent devenir une partie vitale de notre conscience nationale. Tout ce qu'il faut, c'est une politique audacieuse qui ouvrira ses portes à l'initiative et à l'entreprise canadienne[3].»

Pour être vraiment efficace, une telle politique exige un effort national de la part de tous les gouvernements. Un autre Premier ministre a souligné ce point: «Je crois que tous les gouvernements provinciaux et le gouvernement fédéral se rendent compte de l'importance de la mise en valeur du Nord. Des progrès s'accomplissent et je partage l'avis de tout Canadien qui croit nécessaire d'accélérer ce progrès et qui pense que l'importance essentielle des régions septentrionales devrait se traduire par des mesures concrètes[4].»

Un des principaux problèmes au maintien de services satisfaisants dans le Nord est le fait qu'on n'a pas su attirer et retenir un personnel compétent. A cet égard, on peut apprendre beaucoup de la fonction publique internationale où il s'agit en grande partie, d'attirer des gens en des endroits éloignés de leur résidence habituelle.

---

[1] Voir volume I, chapitre 1, p. 11.

[2] Nous avons entendu décrire comme il suit, la situation actuelle dans le Nord: «On aide les Esquimaux à s'occuper des blancs qui sont là pour aider les Esquimaux.»

[3] Le Très Honorable John G. Diefenbaker, discours prononcé à Québec, le 27 avril 1957.

[4] Le Très Honorable L. B. Pearson, lors d'une conférence de presse à Vancouver, le 17 septembre 1964.

Nous recommandons fortement que la politique audacieuse que nous proposons soit entreprise et mise en œuvre en tant que programme accéléré. Les fonds? Une bonne partie du coût est déjà prévue dans les budgets ministériels qui profiteront d'une coordination interministérielle plus grande et plus efficace. Pour permettre un départ rapide et pour combler les retards dans les programmes comme le logement, il peut être opportun d'utiliser des fonds du centenaire et d'identifier certaines entreprises comme des contributions du Canada à la population des Territoires à l'occasion des fêtes du Centenaire.

Nous croyons aussi que l'association avec l'entreprise privée pourrait être renforcée à l'avantage des deux partenaires.

Nous voulons bien faire comprendre que notre plan est beaucoup plus qu'un programme de bien-être pour les habitants du Nord qui ne participent pas encore pleinement au progrès du Canada. Ce programme devrait signifier que le Nord et ses habitants sont effectivement acceptés comme partie du Canada. Notre pays approche des fêtes de son centenaire. De nombreux monuments d'une réelle valeur sont prévus pour cette occasion, dans toutes les provinces. Les Canadiens des Territoires devraient aussi pouvoir prendre part à ces fêtes. Plus tard, dans l'avenir, eux aussi voudront des monuments et des centres des arts. A l'heure actuelle, cependant, quel meilleur monument pourrions-nous ériger dans ces régions que des agglomérations en santé?

10

Recommandations

La Commission a présenté au chapitre 2 du volume I, ses principales recommandations (1 à 200), pour un Régime de services de santé au Canada. Nous présentons, au volume II, un certain nombre de recommandations supplémentaires dans les domaines qui complètent le Régime complet de services de santé que nous avons présenté au volume I. Ces recommandations supplémentaires ont été incluses dans les chapitres 2 à 9 et nous avons présenté dans le texte les preuves et les raisonnements conduisant à leur formulation. Nous reproduisons ici ces recommandations (201 à 256), sous les titres suivants, la référence aux chapitres étant indiquée entre parenthèses.

1. Pharmaciens (201 à 203, chapitre 2).
2. Personnel paramédical (204 à 210, chapitre 3).
3. Opticiens (211 et 212, chapitre 3).
4. Titres professionnels (213, chapitre 3).
5. Radiographie (214 à 217, chapitre 3).
6. Services ambulanciers (218 et 219, chapitre 3).
7. Recherches sur la santé (220 à 222, chapitre 4).
8. Organismes bénévoles (223 à 226, chapitre 6).
9. Ministère fédéral de la santé (227, chapitre 7).
10. Omnipraticiens (228 et 229, chapitre 8).
11. Réadaptation (230 à 232, chapitre 8).
12. Administrateurs des services de santé (233 et 234, chapitre 8).
13. Plan de service de santé du Nord (235 à 256, chapitre 9).

Certaines des recommandations du volume I ont été modifiées pour rendre plus claires les véritables intentions de la Commission et ces modifications apparaissent sous la forme d'addenda à la fin du chapitre, pour les recommandations 59, 61, 62, 80, 109 et 195.

Les recommandations 1 à 200 au volume I et 201 à 256 au volume II, représentent toutes les recommandations formulées par notre Commission.

1. Pharmaciens

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.

2. Personnel paramédical

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 de 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.

---

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

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.

3. Opticiens

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

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.

4. Titres professionnels

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.

5. Radiographie

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.

6. Services ambulanciers

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.

7. Recherches sur la santé

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.

8. Organismes bénévoles

223. Que les organismes s'occupant de prévention des accidents participent au travail des conseils de planification de la santé aux divers niveaux, et en particulier en ce qui a trait aux mesures destinées à prévenir les accidents de la route.

224. Que les organismes bénévoles soient une partie intégrante de tout régime complet de services de santé et qu'ils collaborent activement au travail des divers conseils de planification.

225. Que tous les organismes de santé bénévoles présentent un rapport financier annuel au ministère de la Santé nationale et du Bien-être

social dans lequel ils exposeront leurs fonctions et indiqueront leur actif et leur passif, leurs sources de revenus et leurs dépenses sous des rubriques appropriées, le rapport étant dûment vérifié conformément aux pratiques comptables admises.

226. Que le ministère du Revenu national tienne compte de ces rapports, lorsqu'il admet des dons de charité à l'exemption fiscale aux termes de la Loi de l'impôt sur le revenu.

9. Ministère fédéral de la Santé

227. Que, étant donné les charges croissantes du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, tant dans le domaine de la santé que dans celui du bien-être, et étant donné surtout la responsabilité accrue qui serait conférée au ministère avec la mise en œuvre des régimes de services de santé, et compte tenu du fait qu'il est bon d'administrer les services de santé séparément des services de bien-être, la division de la Santé redevienne un ministère distinct de la Santé.

10. Omnipraticiens

228. Que l'Association des facultés de médecine du Canada, en consultation avec le Collège des omnipraticiens du Canada et les autres intéressés en cause accordent une attention immédiate à la question d'établir des départements administratifs d'omnipratique dans les hôpitaux d'enseignement et subséquemment des chaires d'omnipratique dans les facultés.

229. Que, comme partie d'un programme accéléré de sept ans, des subventions spéciales à la formation professionnelle au montant de $5,000 par année soient accordées à des diplômés en médecine entreprenant des études post-universitaires en vue de se qualifier pour l'enseignement de l'omnipratique dans les facultés de médecine.

11. Réadaptation

230. Que la Loi sur la réadaptation professionnelle des personnes frappées d'incapacité de 1961 soit modifiée par l'élimination de sa restriction à la réadaptation *professionnelle* et que les termes «personnes frappées d'incapacité» et «réadaptation professionnelle» soient revus et redéfinis en conséquence.

231. Qu'on établisse une nouvelle agence de réadaptation du gouvernement fédéral, comprenant des représentants du ministère fédéral de la Santé, du ministère du Bien-être social, du ministère du Travail, du ministère des Affaires des anciens combattants et de la Commission d'assurance-chômage, et faisant rapport au Parlement par l'entremise du ministre du Travail.

232. Que le Conseil consultatif national pour la réadaptation des personnes frappées d'incapacité, comprenant des représentants des ministères fédéraux intéressés, des gouvernements provinciaux, des organisations privées, des professions médicales, des universités et des associations d'employeurs et employés, exerce des fonctions consultatives auprès de la nouvelle agence de réadaptation.

12. Administrateurs des services de santé

233. Que la subvention universitaire pour les professions de la santé soit disponible pour l'établissement de cours prédiplômés et diplômés dans l'administration des services de santé dans certaines universités canadiennes.

234. Que, comme partie d'un programme accéléré de sept ans, des subventions spéciales à la formation professionnelle au montant de $3,500 par année, soient mises à la disposition des étudiants diplômés se préparant à un diplôme supérieur dans ces domaines.

13. Plan de service de santé du Nord

235. Qu'on accorde toute l'aide possible aux services de santé du Nord du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social pour accélérer la mise en œuvre des plans quinquennaux préparés pour le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest, et que cette mise en œuvre soit comprimée dans une période de temps plus courte à mesure que les ressources deviennent disponibles.

236. Que le Service de santé du Nord mette sur pied, pour 1967, son réseau projeté de services aériens de santé reliant les diverses agglomérations à leurs bases de services de santé[1].

237. Que, dans la mesure du possible, de tels services de transport soient intégrés aux besoins des autres agences; et que, à chacune des agglomérations visitées, des pistes d'atterrissage convenables soient préparées et maintenues pour servir aux avions et, quand la chose est possible, aux hélicoptères, en toutes saisons.

238. Qu'un réseau intégré de communications soit établi pour fournir un service de téléphonie 24 heures par jour et qu'on mette sur pied un réseau de communication visuelle quand la chose sera possible. Un tel réseau doit servir aux besoins des services de santé et doit être intégré aux besoins des autres agences de la communauté.

239. Qu'on prévoie des visites régulières aux stations du Nord par des spécialistes médicaux pour fins de consultation et de séminaires.

240. Qu'on prévoie des visites régulières aux stations du Nord par des dentistes et du personnel dentaire auxiliaire.

---

[1] Voir p. 273.

241. Qu'on fournisse une formation, des cours de perfectionnement, des manuels et l'équipement nécessaire pour maintenir un haut degré d'efficacité chez les dispensateurs non spécialisés.

242. Qu'on intensifie la fourniture de «trousses médicales familiales» et du manuel de directives nécessaires aux familles isolées et aux petits groupes.

243. Que, tandis qu'on met en œuvre les plans quinquennaux actuels pour l'amélioration des services de santé au Yukon et dans les Territoires du Nord-Ouest, on prépare des plans à plus longue portée pour une nouvelle période de cinq ans de façon à assurer le développement et l'amélioration des services de santé à l'avenir dans les Territoires.

244. Que les besoins budgétaires du Service de santé du Nord du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social soient considérés dans le cadre du budget territorial plutôt que comme partie du budget ministériel.

245. Qu'on fasse tous les efforts possibles pour former les habitants des Territoires en intensifiant la formation des assistantes-infirmières et en fournissant progressivement une formation plus poussée pour le personnel professionnel et technique de la santé.

246. Que, comme partie d'un programme accéléré de sept ans, des subventions soient rendues disponibles à même les subventions à la formation professionnelle, pour couvrir le coût de cette éducation ou de cette formation.

247. Que, lorsqu'une école ouvrira ses portes à l'Université Memorial de Saint-Jean (Terre-Neuve)[1], une partie du programme soit orientée en fonction des besoins des services de santé dans le Nord canadien, et dans les autres régions peu peuplées.

248. Que l'Université Memorial, à Saint-Jean (Terre-Neuve), établisse, en rapport avec sa future école de médecine, des cours spécialisés pour la formation d'autres praticiens de la santé et l'acquisition des connaissances particulières et des techniques nécessaires pour l'exercice dans le Nord et les autres régions peu peuplées.

249. Qu'une aide financière soit mise à la disposition du personnel en formation pour le service de santé dans le Nord à même les subventions à la formation professionnelle, pour leur permettre de faire leurs travaux pratiques dans le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest.

250. Que les conditions d'emploi pour le personnel de la santé puissent attirer pour des périodes d'au moins trois à cinq ans, un personnel bien compétent. Ces conditions comprennent la rémunération aussi bien

[1] Voir volume I, chapitre 2, pp. 71 et 72.

que d'autres avantages destinés à rendre les conditions de travail aussi égales que possible à celles qui prévalent dans le Sud. Parmi ces dispositions devraient se trouver:

a) des salaires et des allocations concurrentiels et attrayants pour compenser les différences de coût;

b) le reclassement des postes;

c) des congés, soit

(i) des vacances périodiques comprenant le transport, pour l'employé et pour sa famille, aller et retour, jusqu'à un endroit prédéterminé;

(ii) des congés aux employés en cas de maladie grave dans la famille, le transport étant payé, aller et retour, jusqu'au centre le plus proche du Sud pour l'employé et (ou) sa famille, en cas de maladie grave ou de décès dans sa famille immédiate dans le Sud;

(iii) des congés d'étude pour faciliter la formation permanente et l'amélioration de la compétence de l'employé[1];

d) une aide financière pour l'éducation et l'entretien des enfants lorsque le service dans le Nord exige qu'ils soient séparés de leurs parents;

e) un logement convenable.

251. Qu'on procède avec grand soin à la sélection du personnel de santé devant servir dans le Nord, en tenant compte de la compétence professionnelle aussi bien que des aptitudes et des qualités personnelles requises dans les circonstances.

252. Que tous les résidents des Territoires qui auront besoin de soins médicaux non disponibles chez eux, soient transportés par avion jusqu'à l'endroit où ils pourront recevoir ces soins et retournés chez eux au moment de la radiation comme partie des prestations de services médicaux.

253. Que le Conseil de recherche en sciences de la santé fournisse des fonds pour la recherche appliquée portant sur des problèmes particuliers de santé et de services de santé dans le Nord.

254. Qu'on renforcisse des agences existantes pour la coordination de l'activité des ministères fédéraux dans les Territoires, les services de santé étant suffisamment représentés tant au quartier général du ministère qu'au niveau local.

255. Qu'on fasse des efforts intensifs pour mettre sur pied les services communautaires généraux en même temps que les services de santé.

---

[1] Par exemple, on peut accorder une année de congé d'étude aux médecins, au milieu d'un engagement de cinq ans.

256. Que la Commission du centenaire, comme réalisation du centenaire, examine la possibilité d'adopter la mise en œuvre d'un projet de démonstration, en deux endroits du grand Nord, de développement communautaire, y compris un logement convenable, de bons services de salubrité et les installations essentielles d'éducation, de santé et autres.

ADDENDA AUX RECOMMANDATIONS DU VOLUME I

En revoyant les recommandations que nous avons faites au volume I, nous trouvons souhaitable, pour les rendre plus claires et complètes, de compléter ces recommandations en quelques cas précis dont voici la liste:

La RECOMMANDATION 59 exige, dans le cas de la prestation pharmaceutique, une cotisation d'un dollar par l'acheteur de chaque ordonnance. La disposition prévoyant cette cotisation ne s'appliquera pas au Yukon et aux Territoires du Nord-Ouest[1].

La RECOMMANDATION 61 prévoit l'élargissement des fonctions du Comité consultatif des médicaments auprès du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social[2]. Nous proposons maintenant que parmi les nouveaux membres de ce comité, on devrait ajouter des représentants de la profession dentaire.

La RECOMMANDATION 62 prévoit, entre autres choses, l'établissement d'un service d'information qui publierait des bulletins périodiques contenant les renseignements les plus récents sur les médicaments et la pharmacothérapie, et destinés aux médecins, aux pharmaciens et aux hôpitaux[3]. Les bulletins devraient aussi être adressés aux membres de la profession dentaire.

La RECOMMANDATION 80 traite de l'augmentation des subventions à la recherche par le Conseil de recherche en sciences de la santé[4]. Les mots «non professionnelles» dans ce paragraphe devraient se lire «professionnelles».

La RECOMMANDATION 109 propose que les allocations pour amortissement à l'égard des immeubles et de l'équipement fixe, moins le montant des subventions fédérales et provinciales, soient reconnues comme des frais partageables[5]. L'introduction à la recommandation 109 mentionne l'intérêt et la dépréciation comme frais partageables; cette recommandation devrait donc être élargie de façon à inclure l'intérêt aussi bien que les allocations pour amortissement comme des frais partageables.

---

[1] Voir volume I, chapitre 2, p. 41.
[2] *Ibid.*, p. 42.
[3] *Ibid.*, p. 42.
[4] *Ibid.*, p. 45.
[5] *Ibid.*, p. 57.

La RECOMMANDATION 195 exige une nouvelle interprétation à la lumière des nouveaux rapports fiscaux entre le fédéral et les provinces et particulièrement des dispositions actuellement mises au point permettant aux provinces de se retirer de certains programmes conjoints fédéraux-provinciaux[1]. Dans la mesure où une province choisit de se retirer du système des subventions et de fonctionner à l'extérieur de celui-ci, une telle province devrait pouvoir exploiter ses régimes de soins de santé selon l'orientation que nous avons recommandée dans le présent rapport en obtenant sa part d'aide financière par la perception de revenus, dans les domaines de taxation laissés libres par le gouvernement fédéral, équivalents à la somme qu'elle aurait reçue du gouvernement fédéral d'après le système de subventions.

[1] Voir volume I, chapitre 2, p. 89.

NOUS SOUMETTONS RESPECTUEUSEMENT LE
TOUT À L'ATTENTION DE VOTRE EXCELLENCE,

Le président,

Emmett M. Hall

Les commissaires,

Alice Girard

D. M. Bargen *

O. J. Firestone

C. L. Strachan

Arthur F. Van Wart

Le directeur des recherches,

B. R. Blishen.

Le 7 décembre 1964.

* Voir addenda à la page suivante.

ADDENDA DU Dr D. M. BALTZAN

Tout en étant pleinement d'accord avec les vues de mes collègues telles qu'elles sont exprimées dans les recommandations que renferment les volumes I et II, je tiens à y ajouter l'observation personnelle qui suit. Lorsque le malade aime mieux s'adresser à un médecin qui exerce indépendamment du Régime des services médicaux et paye au médecin un montant convenu, le malade devrait avoir le droit de se faire rembourser par la Commission de la santé de sa province du montant que la Commission aurait versé à un médecin conventionné à l'égard des mêmes services.

Le 8 janvier 1965.