

Les centrales ouvrières du Québec et l'assurance-santé

Volume 13, numéro 2, avril 1958

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1022445ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1022445ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Résumé de l'article

Voici, à quelques lignes près, le texte intégral du mémoire sur l'assurance-santé présenté au gouvernement du Québec, le 24 janvier 1958, et préparé conjointement par la CTCC et la FTQ (CTC).

Éditeur(s)

Département des relations industrielles de l'Université Laval

ISSN

0034-379X (imprimé)

1703-8138 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer ce document

(1958). Les centrales ouvrières du Québec et l'assurance-santé. *Relations industrielles / Industrial Relations*, 13(2), 175–208.

<https://doi.org/10.7202/1022445ar>

Relations Ouvrières de la Province de Québec a agi de bonne foi, avec justice et logique, vu les procédures en conciliation et arbitrage auxquelles la requérante elle-même s'était soumise. En adoptant cette attitude, non seulement elle n'a pas dépassé les limites de sa juridiction, mais elle semble avoir agi dans les bornes de ses attributions. Il n'y a donc pas de raison pour la Cour Supérieure d'intervenir dans la présente cause. Il n'y a pas lieu de passer outre

à l'article 41a de la loi des Relations Ouvrières qui défend, dans les matières qui nous occupent, les brefs de prohibition.

Les règles édictées à l'article 41b qui obligent la Commission de permettre aux parties de se faire entendre avant de rendre une décision sur la révocation ou la revision d'une décision antérieure n'affectent pas son droit de refuser de la révoquer ou de la reviser.

INFORMATIONS

Les centrales ouvrières du Québec et l'assurance-santé

Voici, à quelques lignes près, le texte intégral du mémoire sur l'assurance-santé présenté au gouvernement du Québec, le 24 janvier 1958, et préparé conjointement par la CTCC et la FTQ (CTC).

Chapitre I

FONDEMENTS

A—RÔLE GÉNÉRAL DE L'ÉTAT

La société, une fois structurée, devient en quelque sorte un corps organique qui prend le nom d'état. Le rôle de ce dernier (que nous ne prétendons pas définir d'une façon exhaustive) est de pourvoir au bien-être moral et physique de citoyens libres. Notons tout de suite que le rôle que nous assignons à l'état, au sein des individus libres qui composent la société, en est un de coordination et de contrôle. Par le contrôle qu'il exerce, l'état n'assujettit personne mais coordonne les activités de chacun.

B—RÔLE PARTICULIER DE L'ÉTAT QUANT À LA SÉCURITÉ SOCIALE

1—Notion nouvelle

Il nous semble opportun de rappeler fréquemment que la sécurité sociale ne s'inscrit pas dans les fonctions de l'état comme une oeuvre de secours aux indigents. En effet, habitués que nous sommes à ne penser qu'en termes propres à l'indigence lorsqu'il s'agit de sécurité sociale, nous avons malheureusement créé une confusion durable dans l'esprit du public lorsque nous leur avons proposé dans le passé des mesures de sécurité sociale.

Tout citoyen, indépendamment de ses moyens de fortune, a un droit à la sécurité sociale du fait même qu'il appartient à la communauté.

La sécurité sociale est une nouvelle notion qui ne doit pas être confondue avec l'assistance publique! Certains théoriciens voudraient que l'état provincial n'entre pas dans le champ de l'assurance sociale sous prétexte qu'il appartient exclusivement à l'individu de voir à sa propre protection. De là, disent-ils, l'assurance sera possible à ceux qui ont les moyens et l'état accordera l'assistance aux indigents. Ce n'est pas là, à notre avis, respecter les droits de la personne elle-même mais protéger la richesse des individus fortunés. Dans cette perspective, l'état ne cherche plus à

coordonner les efforts de la multitude pour assurer le bien-être de tous, mais il se contente de fournir une aide souvent humiliante aux individus nécessiteux.

2—*Éléments positifs*

La sécurité sociale comporte le problème du plein emploi, ceux du chômage, des salaires, de l'habitation et de la maladie. Et son champ s'agrandit chaque jour, non pas en raison de l'indigence croissante des individus qui composent la société mais en raison proportionnelle des développements d'une civilisation industrialisée à l'extrême et de la nécessité de distribuer plus équitablement le revenu national.

Comme on le voit, par la sécurité sociale il ne s'agit pas d'abord de venir en aide à l'infirme, au chômeur, au sans-travail ou à quelques autres déshérités de la société. L'accent ne doit pas être sur la négative mais porté au contraire sur des éléments positifs et nous ne craignons pas d'affirmer que la sécurité sociale doit chercher davantage à créer le plein emploi qu'à pallier le chômage, davantage à créer des foyers habitables qu'à secourir les sans-foyers et, dans le cas qui nous occupe, s'appliquer davantage à maintenir la population en santé qu'à secourir le malade.

Pourquoi, diront les uns, assistons-nous à une course effrénée à la sécurité sociale alors qu'autrefois nous n'avions rien de semblable? Précisément parce qu'autrefois les problèmes créés par la société rurale étaient d'une autre nature. L'ère de l'individu se suffisant à lui-même, l'ère du cultivateur ou de l'artisan répondant eux-mêmes au plus grand nombre de leurs besoins est close. Dans une société de masse, dans une société où chaque individu se sent impuissant en dehors du grand tout, naît la solidarité. Et c'est dans la solidarité que prend naissance la sécurité sociale.

C—IMPORTANCE DE LA SANTÉ DANS LA SÉCURITÉ SOCIALE

1—*Pour la société*

Il n'est pas besoin d'une longue démonstration pour établir l'importance primordiale de la question santé. A quoi servirait de penser au plein emploi, au salaire raisonnable, à l'habitation salubre et aux autres modes de sécurité sociale, si l'individu a perdu sa capacité physique de travail?

Sans parler du travail rémunéré, l'individu privé de santé se trouve même dans l'incapacité de vaquer à ses occupations proprement domestiques. Ces ennuis ne peuvent se calculer ou se traduire en signes de dollars mais ils constituent malgré tout des inconvénients majeurs qu'une société bien organisée doit chercher à éviter à ses membres. En dernier ressort, c'est la société elle-même qui en subit un préjudice grave puisque sans le concours individuel de ses membres, elle ne saurait atteindre ses fins.

2—*Reconnaissance universelle*

A notre époque, ce n'est plus l'existence d'un système d'assurance-santé qui met un pays en vedette mais plutôt l'absence d'un tel système.

A titre purement documentaire, nous voulons citer ici une liste même incomplète des pays qui, dès 1950, avaient un système d'assurance-santé: Albanie, Allemagne, Angleterre, Argentine, Australie, Autriche, Belgique, Brésil, Bulgarie, Chili, Colombie, Costa Rica, Cuba, Danemark, El Salvador, Equateur, Espagne, Finlande, France, Grèce, Hollande, Hongrie, Iran, Irlande, Islande, Israël, Italie, Japon, Luxembourg, Mexique, Nouvelle-Zélande, Norvège, Panama, Paraguay, Pérou, Pologne, Portugal, République Dominicaine, Roumanie, Suède, Suisse, Tchécoslovaquie, Turquie, Russie, Uruguay, Vénézuéla, Yougoslavie.

3—*Exceptions*

Nous tirons ces noms du rapport des statistiques du travail publié à Genève par le Bureau International du Travail, sous la rubrique « La sécurité sociale ». Trois autres noms suivent cette liste: ceux du Canada, des Etats-Unis et de l'Union

Sud Africaine, trois seuls pays qui ne jouissent encore d'aucun plan d'assurance-santé.

4—Lieux et dates d'origine

Plusieurs prétendront que ces plans d'assurance-santé obligatoire sont de date récente, et que seuls les pays totalitaires les ont mis de l'avant. Pour réfuter ces prétentions, il suffit de citer quelques dates et quelques noms de pays relatifs à l'inauguration de l'assurance-santé. Bien que la sécurité sociale, dans son ensemble, soit une réalité nouvelle, elle a connu des applications qui remontent à plus d'un demi siècle.

<i>Date</i>	<i>Pays</i>	<i>Extension</i>
1883	Allemagne	tous salariés industriels
1885	Allemagne	tous salariés commerciaux
1886	Allemagne	tous salariés agricoles
1886	Autriche	tous salariés industriels et commerciaux
1899	Allemagne	tous salariés
1901	Luxembourg	tous salariés industriels et commerciaux
1909	Norvège	tous salariés industriels
1910	Serbie	tous salariés industriels
1911	Angleterre	tous salariés
1911	Irlande	tous salariés
1912	Estonie	tous salariés industriels
1912	Lettonie	tous salariés industriels
1912	Roumanie	tous salariés industriels
1912	Russie	tous salariés industriels
1913	Hollande	tous salariés industriels et commerciaux
1914	Suisse	tous salariés industriels et commerciaux
1915	Norvège	tous salariés industriels et commerciaux
1918	Bulgarie	tous salariés industriels et commerciaux
1919	Portugal	tous salariés
1920	Pologne	tous salariés
1922	Grèce	tous salariés industriels et commerciaux
1922	Japon	tous salariés industriels
1922	Russie	tous salariés
1922	Serbie	tous salariés
1924	Chili	tous salariés
1928	France	tous salariés
1928	Italie	tous salariés commerciaux
1929	Hollande	tous salariés commerciaux
1935	Espagne	tous salariés
1936	Pérou	tous salariés
1939	Japon	tous les employés d'entreprise de 10 personnes ou plus
1939	Roumanie	tous salariés à faible revenu
1940	Vénézuéla	tous salariés industriels et commerciaux
1941	Costa Rica	tous salariés
1942	Espagne	tous salariés à faible revenu
1943	Mexique	tous salariés à faible revenu
1943	Paraguay	tous salariés

<i>Date</i>	<i>Pays</i>	<i>Extension</i>
1946	Suède	tous citoyens
1946	Yougoslavie	tous salariés
1947	Colombie	tous salariés
1947	République Dominicaine	tous les ouvriers
1949	Bolivie	tous salariés

Source: *Les problèmes généraux de l'assurance sociale*, Etudes et Documents, Série M. No 1, Genève, pp. XV - XXIII.

L'assurance invalidité-vieillesse-décès, obligatoire. Etudes et Documents, Série M. No 10, Genève 1933, pp. 7-10.

Les Services sociaux en 1933, Etudes et Documents, Série M. No 13, 2 vols, Genève 1936. *Informations sociales* B.I.T., années 1930 à 1940 et 1948 à 1952. *Revue internationale du Travail*, années 1940-1948, section « *Informations sociales* ».

A la lecture de ces dernières statistiques, l'on se rend compte que les premiers pays à adopter des systèmes d'assurance-santé obligatoire, ainsi que chacun des autres pays individuellement, *ont tous pensé d'abord aux salariés de l'industrie*. Il va de soi que les législateurs aient fait porter leurs efforts de ce côté puisque, comme nous l'avons vu au début du présent mémoire, c'est l'ère de l'industrie qui a fait naître la sécurité sociale proprement dite.

5—*Incidence historique du Québec*

Si nous songeons au problème particulier de la province de Québec, nous avons des raisons particulièrement sérieuses de nous inquiéter, puisque l'industrialisation a progressé chez nous à une allure sans précédent. En effet, nous n'avons pas connu l'évolution graduelle de pays comme l'Angleterre, la France, l'Italie et même les Etats-Unis. Il n'a fallu aux grandes compagnies qu'un quart de siècle pour envahir notre province, pour y instaurer le règne de la grande industrie et révolutionner les cadres de notre société.

6—*Dépenses familiales pour maladie*

Toujours au sujet de l'importance que revêt le problème de la santé au Canada en général et dans la province de Québec en particulier, voici quelques statistiques.

Dans un premier tableau que nous tirons de l'Enquête sur la maladie au Canada, 1950-1951, bulletin spécial No 4, nous trouvons une répartition estimative des unités familiales et dépenses totales, par région.

« Aux termes du recensement de 1951, la famille comprend l'époux et l'épouse (avec ou sans enfants) ou l'un des deux avec un ou plusieurs enfants non mariés vivant sous le même toit (les beaux-enfants et les enfants adoptés sont compris). Toutes les autres personnes, même si elles demeurent dans un ménage avec une famille de parents, sont classées célibataires ou, en fait, familles distinctes d'une personne. Chacune de ces personnes célibataires et chacune des familles comptent ainsi pour une « unité familiale » dans les tableaux qui suivent. »

**REPARTITION ESTIMATIVE DES UNITES FAMILIALES ET DEPENSES
TOTALES; PAR REGION. Tous Services.**

REGIONS	Nombre estimatif d'unités familiales				Somme estimative des dépenses totales	
	Toutes unités familiales		Unités familiales réclamant des dépenses		Montant	Pourcentage
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage		
Canada	4,555,000	100	3,934,000	100	373,800,000	100
Terre-Neuve	94,000	2	76,000	2	2,600,000	1
Maritimes	394,000	9	341,000	9	28,400,000	8
Québec	1,147,000	25	987,000	25	99,200,000	27
Ontario	1,669,000	37	1,390,000	35	137,900,000	37
Prairies	830,000	18	755,000	19	63,500,000	17
Colombie-Britannique	420,000	9	385,000	10	42,200,000	11

Source: Canada, enquête sur la maladie, 1950-1951, **Bulletin spécial** No 4, Ministère de la Santé Nationale et du Bien-Etre Social.

**POURCENTAGE ESTIMATIF DES UNITES FAMILIALES DECLARANT DES
DEPENSES MOYENNES DE L'UNITE FAMILIALE PAR REGION. Tous Services.**

REGIONS	Nombre estimatif d'unités familiales			Somme estimative des dépenses		
	Unités familiales déclarant des dépenses			Dépenses moyennes		
	Toutes unités familiales (en milliers)	Nombre (en milliers)	Pourcentage ("b" par rapport à "a")	Toutes dépenses (en millions)	De toutes les unités familiales déclarant des dépenses ("d" divisé par "a")	Des unités familiales déclarant des dépenses ("d" divisé par "b")
(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)	
Canada	4,555	3,934 (2)	86	373.8 (2)	82.	95.
Terre-Neuve	94	76	81	2.6	28.	35.
Maritimes	394	341	87	28.4	72.	83.
Québec	1,147	987	86	99.2	86.	100.
Ontario	1,669	1,390	83	137.9	83.	99.
Prairies	830	755	91	63.5	77.	84.
Colombie-Britannique	420	385	92	42.2	100.	110

1. Ces chiffres excluent les unités familiales des camps militaires, des institutions, des réserves indiennes et des régions éloignées.
2. Dans les différentes colonnes, la somme des chiffres régionaux ne correspond pas nécessairement au total du Canada en raison de l'arrondissement des chiffres.

Source: Canada, enquête sur la maladie, 1950-51, Bulletin spécial No. 4. Ministère de la Santé Nationale et du Bien-Etre Social.

**REPARTITION ESTIMATIVE DES DEPENSES TOTALES PAR REGION ET
SELON LA GRANDEUR DE L'UNITE FAMILIALE. Tous Services.**

REGIONS	Toutes grandeurs	Grandeur de l'unité familiale				5 personnes et plus
		1 personne	2 personnes	3-4 personnes	Millions de dollars	
Canada (2)	373.8	44.7	84.1	156.6	88.5	
Terre-Neuve	2.6	0.5 (3)		0.9	1.2	
Maritimes	28.4	3.8	5.7	11.3	7.6	
Québec	99.2	9.1	15.6	38.7	35.8	
Ontario	137.9	17.0	37.2	61.5	22.2	
Prairies	63.5	9.4	13.9	25.7	14.6	
Colombie-Britannique	42.2	5.3	11.3	18.5	7.2	
					Pourcentage	
Canada	100	12	22	42	24	
Terre-Neuve	100	19 (3)		35	46	
Maritimes	100	13	20	40	27	
Québec	100	9	16	39	36	
Ontario	100	12	27	45	16	
Prairies	100	15	22	40	23	
Colombie-Britannique	100	13	27	44	17	

1. Comprend quatorze services de soin de santé.
2. Dans les différentes colonnes, la somme des chiffres régionaux ne correspond pas nécessairement au total du Canada en raison de l'arrondissement des chiffres. Pour la même raison, l'addition des chiffres particuliers d'une région ne correspond pas nécessairement au total régional.
3. Insuffisance de renseignements pouvant servir de base à des estimations séparées.
4. Vu l'arrondissement des chiffres, la somme des chiffres particuliers d'une région ne correspond pas nécessairement à 100.

Source: Canada, enquête sur la maladie, 1950-51, Bulletin spécial No 4. Ministère de la Santé Nationale et du Bien-Etre Social.

Comme on le voit par ces statistiques, les soins que requiert la santé entrent, à quelques exceptions près, dans tous les budgets, qu'il s'agisse de célibataires ou de gens mariés. Le dernier tableau en particulier nous permet de constater que la province de Québec se classe au premier rang pour les dépenses de l'unité familiale de cinq personnes ou plus.

7—Pourcentages d'incapacité

Toujours de l'Enquête sur la maladie au Canada, 1950-1951, du bulletin spécial No 5, nous tirons les constatations générales suivantes:

« Nombre de personnes — On estime que 58.5% de la population totale, soit environ 3 personnes sur 5, ont souffert d'incapacité à un moment quelconque des douze mois de l'Enquête.

La moitié de la population, environ, ou 47.9% a été alitée une ou plusieurs fois, soit à la maison, soit à l'hôpital.

Dans l'ensemble de la population, 4 personnes sur 5, ou 80.4% ont subi des affections au cours de l'année de l'Enquête. Ces affections vont de simples malaises à des maladies graves comportant l'alitement ou l'hospitalisation. »

8—Conclusions

Les chiffres cités, et plus particulièrement ceux qui touchent le Québec, expliquent en bonne partie que le budget de nos familles nombreuses en particulier, se trouve si souvent déséquilibré. Les salariés qui, aujourd'hui dans la province de Québec, constituent la grande majorité, ne peuvent certes pas économiser une part suffisante de leur salaire pour mettre leur famille à l'abri des calamités financières que constituent les maladies de ses membres.

Rappelons, au passage, que dans la période d'après-guerre, au Royaume-Uni, les frais d'assurance-santé représentaient 21% du coût total de tous les programmes d'assurance sociale, et 10% du coût de tous les services sociaux.

Enfin, ces chiffres et tableaux nous font comprendre pourquoi la presque totalité des pays civilisés ont adopté des programmes d'assurance-santé.

D—UN MOYEN À LA DISPOSITION DE L'ÉTAT: L'ASSURANCE-SANTÉ

1—Une formule

Dans le but de trouver une solution à ce problème de la santé, nous avons pris connaissance de presque tous les plans de protection que les pays civilisés offrent à leurs ressortissants. De cette étude, une conclusion se dégage: c'est que *la formule de protection, pour un pays comme le nôtre, est sans contredit l'assurance-santé, un système d'application relativement simple et qui respecte les libertés individuelles.*

Il faut noter d'ailleurs que quatre provinces canadiennes appliquent déjà différents systèmes d'assurance-santé: ce sont la Colombie Britannique, la Saskatchewan, le Manitoba et Terre-Neuve. Ce n'est là qu'un signe entre plusieurs de la faveur que cette idée trouve auprès de tous les Canadiens. De partout, aujourd'hui, arrivent aux autorités des revendications en ce sens. Pour ne mentionner qu'un groupe mais qui compte plus d'un million de membres, rappelons que le Congrès du Travail du Canada lançait récemment un appel à tous ses membres, les invitant à réclamer l'instauration au Canada d'un système global d'assurance-santé.

2—Urgence d'une participation provinciale

Presque toutes les pressions qui s'exercent aujourd'hui sont faites *auprès du gouvernement fédéral* et ce pour des raisons fort compréhensibles. La première est sans doute que trop de nos gouvernements provinciaux ont catégoriquement refusé de s'intéresser au problème d'une façon directe. La seconde, et non la moindre, c'est que le gouvernement central lui-même a lancé quelques amorces, laissant entendre que les associations canadiennes devaient s'adresser à Ottawa pour

que le nouveau régime de protection de la santé favorise également tous les Canadiens, sans distinction. Ces avances ont porté fruit et tous les yeux, aujourd'hui, se tournent vers le fédéral.

Nous ne voulons pas aborder tout de suite le problème des juridictions fédérale et provinciale relativement à la santé. Ne faut-il pas cependant noter au passage que la situation est grosse déjà d'un nouveau débat sur l'autonomie provinciale? Si nous choisissons une fois de plus l'inertie, les provinces devront bientôt faire face à un nouveau conflit avec le gouvernement central. Et parce qu'elles auront laissé trop longtemps le champ libre aux organismes fédéraux, elles seront une fois de plus fort mal placées devant l'opinion.

Il importe donc que la province manifeste au plus tôt son intention de légiférer dans ce domaine.

Chapitre II

OPPOSITIONS

Nous avons vu, nous à l'appui, que la grande majorité des pays civilisés jouissent de plans d'assurance-santé.

Nous avons vu également que la grande majorité des Canadiens sent le besoin d'un plan d'ensemble. Nous savons que l'opinion publique chez nous réclame une telle mesure parce qu'elle seule peut répondre à un besoin réel et urgent.

Nous serions donc tentés de passer immédiatement, sans autre démonstration, aux moyens de l'appliquer. Convaincus qu'elle s'impose et que rien n'en peut empêcher l'avènement, nous nous sentons portés à en discuter les modalités plutôt que de continuer à en établir le bien-fondé.

Trop d'objections pourtant sont faites aujourd'hui encore par certains groupes minoritaires dont l'opposition farouche ne désarme pas. Nous croyons utile d'examiner ici ces objections qui, nous le verrons, s'appuient dans la plupart des cas, ou bien sur des intérêts de groupe mal compris, ou bien sur des préjugés.

A—L'OPINION DES MÉDECINS

1—Notre attitude

Ce n'est un secret pour personne que beaucoup de médecins s'opposent à l'assurance-santé comme s'il s'agissait d'une mesure dirigée contre la profession médicale.

Précisons tout de suite que nous n'avons nullement l'intention d'entreprendre ici le procès des médecins. Ajoutons encore une évidence: sans le concours généreux et efficace des médecins, il serait impossible de procurer aux citoyens le minimum de soins qui constitue une sécurité raisonnable.

L'assurance-santé n'est donc en aucune façon dirigée contre la profession médicale mais uniquement ordonnée au bien-être de la population. Le but de cette mesure est d'abord positif: *permettre à tous ceux qui le veulent, et non plus seulement à ceux qui le peuvent, de s'armer contre la maladie pour en diminuer le risque inévitable.*

2—Le problème des honoraires

Ecartons une autre erreur, celle qui consiste à voir dans l'assurance-santé une mesure dirigée contre les honoraires trop élevés ou contre les frais hospitaliers exagérés.

S'il s'agissait seulement d'une mesure de contrôle, elle prendrait une forme très différente. L'objectif premier de l'assurance-santé *n'est pas de réduire les honoraires des médecins ou les frais hospitaliers, mais de procurer au patient les moyens d'y faire face.*

Du reste, les citoyens, même s'ils protestent occasionnellement contre certains honoraires, se rendent compte que les frais accrus dépendent d'abord d'une qualité de soins également supérieure et à laquelle il n'est pas question de renoncer.

3—Salaire et profession

Beaucoup de médecins basent leur opposition à l'assurance-santé sur le fait que *le régime du salaire serait incompatible avec la dignité de la profession médicale.*

Nous répondons qu'il n'est nullement question, avec l'assurance-santé, d'assujettir l'ensemble des médecins à des catégories de salaires, comme nous le ferons voir plus loin.

Un mot toutefois en marge de cette objection qui relève, à notre avis, d'un état d'esprit inquiétant. Nous n'admettons pas, en effet, que le salaire, en soi, comporte une dégradation pour celui qui le reçoit.

Si l'on prétend qu'il enlève au médecin le stimulant des honoraires, nous refusons cette conception mercantile de la médecine qui fait du gain le moteur principal d'une profession. Pour nous, la médecine doit être pour le médecin une vocation avant d'être un gagne-pain ou un moyen d'enrichissement. Le droit exclusif de traiter les personnes, réservé aux médecins par la société, souligne bien que la médecine est d'abord et avant tout un service social, un art et une vocation.

Il est également faux de prétendre que le régime du salaire constituerait un obstacle à la recherche et à l'avancement de la science médicale, puisque la recherche se pratique en équipe et que la presque totalité des médecins attachés à nos centres scientifiques sont des salariés.

Même en dehors de ces centres, il existe déjà une forte proportion de médecins qui s'adonnent à d'autres occupations que celle de la pratique privée et nous comprenons difficilement cet acharnement contre le fait du salaire. Si plus de 25% des médecins sont déjà salariés dans l'ensemble du Canada, nous avons dans la province de Québec plus de 30% de ces médecins, alors que Québec ne connaît pas encore de plan obligatoire d'assurance-santé. C'est donc évident que même sans assurance-santé obligatoire, les médecins québécois, dans une large mesure, s'adonnent à d'autres pratiques que la pratique privée.

Voici les statistiques pour l'ensemble du Canada et celles de la province de Québec, à compter des années 1948 jusqu'à 1954.

	Année	Autre travail médical que médecine générale privée ou spécialité privée
CANADA :	1948	25.7
	1949	26.2
	1951	25.7
	1954	27.7
QUEBEC :	1948	30.2
	1949	26.8
	1951	28.3
	1954	30.4

Source: Registre des médecins — Ministère de la Santé et du Bien-Etre social.

Cette proportion des médecins qui ne pratiquent pas leur profession sur une base privée n'établit pas nécessairement qu'ils soient des salariés mais il y a tout lieu de le croire.

4—Assurance-maladie

a) distinction entre assurance-maladie et assurance-santé

Nous avons constaté que certaines associations médicales de la province de Québec favorisent un système d'assurance-maladie au lieu d'un système d'assurance-santé. La distinction serait la suivante: « Il faut, disent ces médecins, protéger la société contre les calamités épidémiques et cette fonction, qui revient à l'état,

doit s'exercer par des mesures d'hygiène publique ». Ces mesures constitueraient ce qu'ils appellent l'assurance-maladie. Sans trahir leur pensée, nous pouvons dire qu'à leurs yeux *les mesures d'hygiène relèvent de l'état alors que la protection de la santé relève des individus.*

b) Proposition du statu quo

Il ressort des faits que cette distinction purement verbale ne change rien à la situation. Les médecins se contentent tout simplement de constater un état de chose sans proposer aucune solution progressive. C'est une vérité de La Palice que de reconnaître le rôle de l'état dans l'hygiène publique. Quant à la santé des individus, les associations médicales recommandent le statu quo. Nous pouvons rétorquer que si l'état de santé des individus au Canada et dans le Québec n'est pas satisfaisant, il ne faut pas s'en prendre aux mesures d'hygiène publique parce que ces dernières remontent déjà à plusieurs années et ne font pas voir, de façon générale, de lacunes graves. Nous devons donc nous rendre compte que la forme d'assurance-maladie proposée par les associations médicales de la province de Québec n'a pas en somme d'autre but que de détourner l'attention du public en faisant miroiter à ses yeux des distinctions d'ordre exclusivement académique.

5—Fin des relations personnelles de médecin à patient

A l'encontre de l'assurance-santé obligatoire, beaucoup de médecins soulèvent le problème des relations personnelles avec le patient. Selon eux, avec l'avènement de l'assurance-santé obligatoire, nous assisterons à *une rupture des relations personnelles et nécessaires entre le patient et son médecin.* Nous trouvons étranges ces affirmations de la part de médecins qui, par ailleurs, suivant la courbe imposée par la science, soutiennent qu'il faut pour l'avenir songer de plus en plus à une médecine de spécialistes. Les médecins s'adonnent en réalité à la spécialité à un rythme que nous n'avons jamais connu avant la fin de la dernière guerre. Le Service Fédéral de la Statistique publiait en octobre 1955, dans un supplément de son Relevé sur les médecins au Canada, que pour le Canada tout entier il y avait eu une augmentation de 31.8% dans le nombre des spécialistes entre 1949 et 1954, alors que le nombre total des médecins n'augmentait que de 14.9% dans la même période.

a) Courbe ascendante des spécialistes

La province de Québec ne pourrait pas alléguer que l'ère des spécialités est le fait des neuf autres provinces, puisque nous sommes au premier rang des spécialistes au Canada. En effet, nos médecins se consacrent aux spécialités dans une proportion de 43.3%. Comment, avec de telles statistiques, pouvons-nous prétendre qu'il soit toujours question de maintenir les mêmes relations personnelles qu'autrefois entre le patient et son médecin lorsque nous savons que, par définition, *le spécialiste ne voit ses patients que sporadiquement.*

Favorables à la spécialisation, nous ne voudrions pas que nos remarques soient interprétées comme un blâme. Les progrès de la science imposent aux médecins de se spécialiser dans des domaines définis et nous le comprenons. Mais à cause de cela les relations personnelles de patient à médecin ne peuvent pas rester les mêmes. Et parce que l'individu doit passer entre les mains de plusieurs spécialistes, plutôt que de trouver satisfaction comme autrefois auprès de son seul médecin de famille, *il ne lui est plus possible d'encourir les frais accumulés de la médecine moderne sans le concours d'une assurance obligatoire sous le contrôle de l'état.*

b) Changement de relations

Les spécialités sont même développées à un tel point que l'on ne peut plus parler de relations de médecin à patient, mais d'hôpital à patient. Nous voulons signaler par là que les spécialistes attachés aux différents hôpitaux contrôlent les départements entiers des hôpitaux et pour y obtenir droit d'entrée, il est presque nécessaire de recourir à des procédés indignes de la profession médicale. Nous nous élevons même contre la pratique de plusieurs hôpitaux qui réservent leurs lits en définitive non pas aux malades mais aux médecins. Ce n'est pas en raison

de l'importance de son médecin qu'un patient doit trouver place à l'hôpital, mais en raison de la gravité de son état.

Les relations de patient à médecin seront améliorées de façon véritable le jour où n'existera plus le problème financier, cauchemar pour le patient et malaise pour le médecin.

Dans une récente conférence prononcée aux Etats-Unis, un éminent médecin terminait son exposé en ces termes :

« La pratique de groupe permise par le système offert, met à la disposition du patient les meilleurs soins médicaux tout en laissant au médecin la plus complète autonomie, tant sur le plan professionnel qu'en matière de rémunération. »

6—*Imminence du plan*

Nous nous permettons d'ajouter ici que les médecins eux-mêmes sont conscients de l'avènement non pas seulement inévitable mais imminent de l'assurance-santé obligatoire. A preuve, nous voudrions citer un bref extrait que nous tirons d'une circulaire de la « Canadian Medical Association » dans laquelle les recommandations finales sont les suivantes :

« Dans l'éventualité d'une participation gouvernementale à l'extension de l'assurance-santé à tous les citoyens :

« La mise en vigueur de l'assurance-santé devra être précédée de consultations adéquates avec l'organisation professionnelle des médecins et les autres groupes affectés par cette mesure », etc., etc.

Nous demeurons assurés que si la « Canadian Medical Association » avait prévu pouvoir continuer avec succès ses campagnes contre l'assurance-santé obligatoire, elle n'eût certes pas répandu la circulaire en question. C'est là à notre avis, une preuve imposante de l'imminence de la venue de l'assurance-santé obligatoire.

B—ÉTATISATION

Distinction

Au lieu d'établir une opposition entre l'étatisation et l'assurance-santé sous le contrôle de l'état, les adversaires de cette dernière mesure affirment que l'assurance-santé obligatoire équivaut à l'étatisation. A notre avis, il existe entre les deux des différences de nature.

Sous l'étatisation proprement dite tous les médecins deviendraient en effet des fonctionnaires de l'état tandis que le système d'assurance-santé obligatoire que nous préconisons restreint l'intervention de l'état à la seule coordination des efforts. En effet, comme nous le verrons plus loin, tous les médecins demeurent libres de choisir leurs patients, comme chaque patient demeure libre de choisir son médecin.

C—« IMMORALITÉ » DES SOINS GRATUITS

1—*Assurance et gratuité: les deux mots se contredisent*

Les adversaires de l'assurance-santé ont souvent recours à une objection d'ordre moral, à savoir que la gratuité pour tous des services médicaux et hospitaliers serait immorale.

Nous n'entrerons pas dans l'analyse de cette objection sauf pour établir qu'elle n'a rien à voir au débat, étant donné que, par définition, l'assurance-santé (qui implique le versement de primes) n'est pas gratuite. L'assuré (sauf exceptions que nous justifierons plus loin) paie d'avance son droit au service qu'il recevra en cas de maladie.

2—*Pratique privée et gratuité*

Il arrive aussi que des médecins opposés à l'assurance-santé reprennent l'argument de leurs confrères britanniques qui, en 1909, luttèrent contre une législation d'assistance publique en alléguant que la gratuité des services médicaux « saperait les fondements mêmes de l'exercice privé de la médecine ».

A celà, nous disons d'abord que la pratique privée ne revêt à nos yeux aucun caractère « sacré ». C'est une forme de l'exercice médical qui possède sûrement des grands mérites mais qui n'est pas intangible et qu'on doit subordonner aux besoins humains.

Si, pour des raisons d'ordre scientifique, plus de 30% des médecins ont eux-mêmes décidé d'abandonner la pratique privée; si par ailleurs des besoins humains nouveaux exigent que la pratique privée s'adapte à des circonstances modifiées, il ne peut être question de s'opposer à cette évolution nécessaire. La médecine existe pour les malades et non les malades pour la médecine.

D—ASSURANCE OBLIGATOIRE VS ENTREPRISE PRIVÉE

1—Statistiques de l'entreprise privée

L'on fait grand état, aujourd'hui, des assurances facultatives contre les frais médicaux et hospitaliers. Certains prétendent que ce système de protection est efficace et suffit au besoin, qu'avec le temps il rendra inutile l'assurance-santé obligatoire. Il est incontestable que ces assurances facultatives, offertes par des compagnies commerciales ou par des entreprises sans but lucratif, ont connu depuis quelques années un essor considérable et que plusieurs d'entre elles méritent d'être citées en exemple. (Il va sans dire que les exemples ne peuvent être choisis que parmi les sociétés sans but lucratif.)

Nous donnons ci-après deux tableaux qui font voir le nombre et le pourcentage d'abonnés à l'assurance médicale d'un côté et à l'assurance hospitalière de l'autre, assurances offertes par les régimes à but non lucratif et par des compagnies privées, par province, en décembre 1954. Ces statistiques sont les plus récentes que nous ayons pu obtenir.

Nombre et pourcentage des personnes assurées contre les frais hospitaliers par les régimes à but lucratif et les compagnies privées (a), par province, 1954.

Province	Régimes à but non lucratif		Compagnies privées (b)	
	Inscriptions Total	Pourcentage de la population	Inscriptions Total	Pourcentage de la population
T.-N.	9,158	2.3	26,500	6.5
I. P.-E.	16 250	15.3	5,500	5.2
N.-E.	111,512	16.4	61,000	9.0
N.-B.	155,860	28.2	53 000	9.5
Québec	645,828	14.5	1,010,000	22.7
Ont.	2,197,816	43.0	1,560,000	30.5
Man.	341,472	40.7	110,000	13.1
Sask.	—	—	34,000	3.8
Alb.	117,534	11.2	240,000	22.8
C.-B.	—	—	74,000	5.8
CAN.	3,595,430	23.4	3,174,000	20.7

(a) Ces chiffres ne s'additionnent pas horizontalement.

(b) On n'a pas tenu compte du double emploi causé par l'inscription en même temps aux polices collectives et aux polices individuelles.

Source: Données fournies par les régimes à but non lucratif et par le Comité mixte de l'Assurance-santé.

NOMBRE ET POURCENTAGE D'ABONNES A L'ASSURANCE MEDICALE
(a) offerte par les régimes à but lucratif et des compagnies privées, par province, 1954

PROVINCE	Régimes à but non lucratif		Compagnies d'assurance privées (b)		Pourcentage de la population	
	Nombre total d'assurés	Pourcentage de la population	Nombre total d'assurés	Pourcentage de la population		
Terre Neuve	8,775	2.2	27 300	6.7	22 700	5.6
Ile du Prince-Edouard	10,230	9.6	5,400	5.1	3,700	3.5
Nouvelle-Ecosse	89,431	13.2	54,100	8.0	32,200	4.7
Nouveau-Brunswick	117,115	21.2	46,200	8.4	28,400	5.1
Québec	628,746	14.1	895,000	20.1	502,000	11.3
Ontario	1,085,468	21.2	1,428,000	27.9	739,000	14.4
Manitoba	192,662	23.0	81,300	9.7	38,800	4.6
Saskatchewan	138,780	15.7	34,000	3.8	20,000	2.3
Alberta	88,465	8.4	176,600	16.8	88,100	8.2
Colombie-Britannique	328,448	25.6	112,000	8.7	64,000	5.0
CANADA	2,688,120	17.5	2,860,000	18.6	1,537,000	10.0

(a) Les chiffres de ce tableau ne sauraient s'additionner horizontalement.

(b) On n'a pas tenu compte du double emploi occasionné par les polices collectives et les polices individuelles.

Source: Données fournies par les régimes à but non lucratif et par le comité mixte de l'assurance-santé.

2—Population canadienne assurée

a) Tous régimes

Ces chiffres n'indiquent cependant pas le pourcentage d'augmentation des assurés à compter, disons, de 1948. A cette dernière date, environ 10% seulement de la population détenait des assurances pour frais médicaux, alors qu'en 1953 les rapports nous indiquent 30%. Quant aux frais hospitaliers, le pourcentage d'augmentation est peut-être moins élevé mais le pourcentage de la population assurée est plus grand. En effet, en 1948, nous comptons au pays 27% de la population assurée contre les frais hospitaliers dans des régimes facultatifs, alors qu'en 1953 on en comptait 40%. Nous venons de signaler qu'il s'agissait d'assurance facultative; si l'on ajoute à ce nombre les assurés des quatre provinces canadiennes qui possèdent des systèmes gouvernementaux, nous obtenons pour l'ensemble du Canada un pourcentage de 60% des personnes assurées contre certains frais hospitaliers.

b) Régimes sans but lucratif

Dans un autre tableau, il est intéressant de signaler l'augmentation du nombre moyen des assurés dans 14 régimes d'assurance sans but lucratif, de 1949 à 1953, ainsi que les dépenses en prestations totales et par tête.

VOIR TABLEAU P. 190

Si l'on veut joindre à ces tableaux sur les frais médicaux des statistiques relatives aux frais hospitaliers, on les trouvera au tableau déjà cité, sous la désignation: NOMBRE ET POURCENTAGE DES PERSONNES ASSUREES CONTRE LES FRAIS HOSPITALIERS PAR LES REGIMES A BUT NON LUCRATIF ET LES COMPAGNIES PRIVEES (a), PAR PROVINCE, 1954.

Il est intéressant, et malheureux tout à la fois de constater que la province de Québec, plus particulièrement quant aux soins hospitaliers, se classe bien loin derrière l'Ontario, par exemple au sujet du pourcentage de la population assurée tant par des régimes sans but lucratif que par des compagnies privées.

3—Besoin d'assurance reconnu

Que signifie l'ensemble de ces chiffres et de ces tableaux, sinon que les citoyens se sont rendu compte du besoin de l'assurance-santé? On remarque aussi que la population se prémunit d'abord contre les frais hospitaliers. La raison en est évidente: c'est que dans le cas de nécessité ou d'urgence, il est impossible de se passer de l'hôpital, tandis qu'on négligera le médecin, même dans le besoin.

A la lecture des quelques tableaux qui précèdent, l'on peut se rendre compte en particulier que presque toutes les prestations médicales des polices d'assurance comportent les frais chirurgicaux. Si bien que 10% seulement de la population se contente de polices qui négligent les frais de chirurgie. A cela encore on peut reconnaître le souci de se protéger contre les besoins qui ne pardonnent pas.

Dans les assurances des compagnies privées, en 1953, les prestations chirurgicales étaient dues à 17.6% de la population alors que des prestations médicales n'étaient dues qu'à 9.6%. Nous constatons qu'actuellement les régimes à but non lucratif offrent des prestations à 15.7% de la population.

Il nous est permis de conclure que les régimes à but non lucratif peuvent offrir des services plus nombreux à leurs assurés, et ce précisément parce qu'ils ne cherchent pas le gain.

4—Pourcentage des paiements faits par assurances, entreprises privées

Il ressort de ces chiffres que la majorité de la population canadienne n'est pas assurée et que l'assurance existante se limite à des soins spécifiques et limités. Pour nous convaincre de ce dernier point, qu'il nous suffise de signaler qu'en 1953,

NOMBRE MOYEN D'ABONNES A 14 REGIMES D'ASSURANCE A BUT NON LUCRATIF CONTRE LES FRAIS MEDICAUX. PRESTATIONS TOTALES ET PRESTATIONS PAR TETE (a), SELON LA PROVINCE, 1949 et 1953

PROVINCE	1949 (b)		1953	
	Nombre moyen d'assurés	Dépenses en prestations Totales \$	Nombre moyen d'assurés	Dépenses en prestations Totales \$
Terre-Neuve (d)	1 200	7,900	7,500	38,000
I. du Prince-Edouard (d)	2,800	18,400	10 200	80,000
Nouvelle-Ecosse (d)	15,000	122 000	82,900	957,000
Nouveau-Brunswick (d)	28,000	184,000	112,200	863,000
Québec	322,400	2,091,000	638,100	4,629,000
Ontario	169,000	2,187,000	771,500	10,004,000
Manitoba	56,700	678,000	155,900	3,092,000
Saskatchewan	20,400	235,000	107,300	1,606,000
Alberta	17,500	188,000	56,000	877,000
Colombie-Britannique	129,900	2,178,000	206,400	4,891,000
Total — Dix Provinces	762,900	7,889,000	2,148,000	27,037,000

(a) Les montants figurant dans ce tableau comme dépenses totales en prestations représentent les paiements réels effectués aux médecins, mais non nécessairement le plein montant des réclamations acceptées pour les services médicaux reçus par les assurés.

(b) Douze régimes seulement.

(c) Voir appendice 1.

(d) Estimations sujettes à révision.

Source: *Assurance facultative contre les frais médicaux — Etude des systèmes canadiens à but non lucratif* (Ottawa Min. de la Santé nationale et du Bien-Etre social, 1954) appendice IV, et documentation supplémentaire fournie par quelques-uns des régimes.

25% des paiements faits aux médecins canadiens provenaient des régimes d'assurance, alors que 30% de la population était assurée et que 24% des paiements faits aux hôpitaux provenaient des régimes d'assurance, alors que 40% de la population était assurée. Comme on le voit par ces pourcentages, entre lesquels nous ne pouvons établir d'équation, le coût du fardeau de la maladie repose encore sur les épaules des individus. En effet, 75% des frais médicaux et 76% des frais hospitaliers ne sont pas défrayés par les régimes d'assurance tant de sociétés à but non lucratif que de compagnies privées.

5—Assurabilité

L'une des principales faiblesses de l'assurance facultative réside dans le fait que la protection offerte ne couvre toujours qu'une partie restreinte du risque.

Voyons de plus près les services assurés par les différents régimes en vigueur.

a) Assurances contre les frais médicaux

Les régimes sans but lucratif offrent deux types de polices qu'on désigne sous les noms de polices plénières et polices limitées.

o Les polices plénières ne justifient pas le nom qu'elles portent car si elles garantissent à l'assuré un grand nombre de services (visites au bureau, à domicile et à l'hôpital, chirurgie, anesthésie, accouchement, etc.) jamais elles ne lui assurent une protection totale.

En 1952, 7½% de la population, soit 1,100,000 personnes détenaient de telles polices. Dans le Québec, 0.8% seulement de la population en bénéficiait.

o Des polices limitées, qui offrent (1) un petit nombre de services, étaient détenues par 8.2% des Canadiens, soit 1,220,000 personnes.

Quant aux compagnies commerciales, elles offrent les mêmes services que nous venons de voir. Elles émettent aussi des polices de remboursement qui couvrent pour l'assuré toute la somme à payer mais jamais au-delà d'un certain maximum fixé d'avance.

Un seul organisme canadien, le Manitoba Medical Service (sans but lucratif) a obtenu des médecins qu'ils acceptent comme plein paiement de leurs services les sommes prévues par l'assurance; 171,000 personnes y sont assurées. Partout ailleurs, les médecins se réservent le droit d'exiger de l'assuré une surprime d'honoraires.

b) Assurances contre les frais hospitaliers

L'assurance-hospitalisation facultative souffre des mêmes limitations que l'assurance facultative contre les frais médicaux.

Ou bien, très rarement, la police couvre entièrement les frais hospitaliers, mais fixe une limite de temps au delà de laquelle l'assuré doit tout payer; ou bien, dans la plupart des cas, la police ne couvre qu'une partie des frais, soit une fraction du prix de la chambre à l'exclusion des autres frais, soit une fraction de la facture totale, etc.

c) Vue d'ensemble

Des polices en vigueur au Canada il n'en existe donc aucune qui accorde à son détenteur une garantie d'indemnisation totale ou de remboursement total. Pour simplifier, disons que toutes renferment au moins des restrictions quant au nombre de jours de maladie par année, soit de 31 à 210 jours, et quant au nombre de jours de maladie pour chaque admission, soit de 21 à 120 jours.

d) Services de Santé du Québec

Il existe dans le Québec les « Services de Santé du Québec » qui offrent à leurs assurés une protection quasi exhaustive. En effet, les assurés se voient accor-

(1) Source: Mémoire No 4, déjà cité.

der des services préventifs, des examens périodiques, des services du médecin à domicile, au bureau et à l'hôpital, les frais d'opération, les frais d'hospitalisation.

Il est même possible d'obtenir des assurances prévoyant une indemnité de salaire au cas de maladie. Mais, comme on le verra bientôt, l'assurabilité se limite aux groupes.

e) *Nécessité du groupe*

En effet, malgré une multitude de formes diverses, ces polices, tant à frais médicaux qu'à frais hospitaliers, n'en restent pas moins, en presque totalité, accessibles exclusivement à des groupes. Nous n'entendons pas, en tant que syndicats ouvriers, nous satisfaire d'une protection qui favorise seulement les groupements forts et bien organisés.

Il nous paraît très grave que seulement cinq des huit régimes à but non lucratif permettent aux individus qui ne peuvent pas souscrire de polices collectives de se protéger isolément. Autre constatation plus navrante encore: aucun des régimes du Québec ne permet à l'individu isolé une telle assurance. Dans toutes les provinces, ces polices sont offertes aux individus, sauf dans le Québec.

Nous tenons également à signaler que même s'il est possible, hors du Québec, aux individus isolés de bénéficier d'une assurance collective, la chose leur est permise à des conditions beaucoup plus onéreuses et avec des restrictions plus nombreuses.

Les compagnies privées ont mis sur le marché l'assurance contre les frais hospitaliers tant individuelle que collective. Mais le coût en est si élevé et les restrictions si nombreuses que le public n'y a pas répondu avec empressement. Pour s'en convaincre, il suffit de savoir que seulement 17% de leurs assurés sont des individus n'appartenant à aucun groupe. Quant au régime à but non lucratif, 20% seulement de leurs assurés sont des individus isolés.

f) *Protection entière, impossible à l'entreprise privée*

Nous comprenons que pour se protéger, dans le but d'assurer la continuité de leurs propres services, les associations sans but lucratif doivent imposer des restrictions aux services de santé qu'ils offrent à leurs membres. L'expérience d'au moins 20 années d'assurances santé a prouvé à travers le monde qu'il est impossible à quelque organisme privé que ce soit de garantir à ses adhérents une protection tout à fait plénière en ce domaine. De leur côté, les compagnies privées incorporent à tous leurs contrats des restrictions qui rendent ces derniers moins intéressants quand ils ne sont pas nettement prohibitifs. En plus des nombreuses restrictions que nous avons énumérées aux paragraphes précédents, il est bon de signaler au passage les périodes d'attente, les limites d'âge, les preuves de bonne santé, et même les maxima de revenus.

6—Dépenses et coût

DÉPENSES

a) *Comparaison des sommes dépensées dans le Québec et l'Ontario*

Comme préliminaire à ce chapitre, il nous faut souligner comme un fait capital, l'état d'infériorité du Québec par rapport à l'Ontario en ce qui a trait aux dépenses encourues par différents organismes privés.

1) *frais médicaux*

Suivant les enquêtes fédérales, en 1953, quatorze (14) régimes d'assurances santé sans but lucratif contre les frais médicaux ont dépensé à cette fin, dans la province de Québec, \$5,061,000 alors que dans la province d'Ontario, ces mêmes régimes ont accumulé des dépenses pour \$11,051,000. Il est même désavantageux de comparer le sort de notre province à celui de la Colombie Britannique dont la population est nécessairement de beaucoup moindre. Dans cette dernière province, les dépenses de ces mêmes quatorze régimes ont atteint un total de \$5,206,000 pour

1953. Ces statistiques nous fournissent des détails quant aux associations sans but lucratif. L'on serait peut-être porté à croire que le sort de notre province est plus enviable du côté des compagnies privées, ce qui n'est malheureusement pas le cas. Les mêmes comparaisons défavorables se poursuivent puisqu'en 1953, les compagnies du Québec, suivant les données estimatives de l'enquête fédérale de 1953, ont dépensé en prestations chirurgicales et médicales un total de \$4,775,000 alors qu'en Ontario les chiffres étaient de \$7,787,000.

2) *frais hospitaliers*

Qu'en est-il des frais hospitaliers? Les statistiques prennent ici un caractère presque offensant puisque les huit (8) régimes d'assurances santé sans but lucratif, assurances contre les frais hospitaliers, ont dépensé en 1953, dans le Québec \$8,797,000 contre \$26,268,000 dans l'Ontario. Toujours dans la même voie, nous trouvons que dans le domaine des frais hospitaliers, pour les compagnies privées, les chiffres ne sont pas plus reluisants. Toujours suivant l'enquête fédérale de 1953, les dépenses estimatives en prestations hospitalières pour les compagnies privées ont été, dans le Québec, de \$7,309,000 et dans l'Ontario, de \$11,835,000.

b) *Province riche, province pauvre*

Tous ces chiffres sont suffisamment éloquents et les démarcations entre notre province et l'Ontario sont élevées à un point tel qu'il nous est impossible de les imputer à la seule majoration de la population de la province voisine. De semblables statistiques sont de nature à faire disparaître le mythe qui veut que notre province soit riche, et elles sont également des éléments de propagande contre la province de Québec permettant à nos détracteurs d'afficher publiquement notre état d'infériorité dans différents domaines, et plus particulièrement dans celui de la santé que nous considérons comme primordial.

Coût

a) *Coût des primes de famille moyenne re: frais médicaux*

En 1952, la famille canadienne moyenne, soit l'époux, l'épouse et deux enfants, aurait payé \$68.00 pour une assurance plénière contre les frais médicaux seulement. Si nous nous rappelons les données et la définition que nous avons fournies de l'assurance plénière, nous savons ce qu'il faut penser de ce vocable et nous sommes forcés de reconnaître que pour les seules fins des frais médicaux, la prime de \$68.00 dans le contexte d'une assurance, est fort élevée quand elle n'offre pas une protection vraiment totale.

Par ailleurs, si nous étions tentés de croire que la somme de \$68.00 n'est pas, en elle-même, tellement élevée, il suffirait de se rappeler qu'en 1951, pour garder toute proportion avec les chiffres de 1952, les salaires de la population canadienne s'établissaient de la façon suivante:

moins de \$1,500	31%
moins de \$2 500	56%
de \$1,500 à \$3 000	43%
plus de \$3,000	26%

Par ailleurs, voici quelques chiffres sur la famille moyenne du Canada, d-Québec et de l'Ontario.

Répartition estimative de toutes les unités familiales selon la grandeur de l'unité familiale, pour l'ensemble du pays et les provinces de Québec et d'Ontario.

(en pourcentage)

<i>Personnes dans l'unité familiale</i>	<i>Canada</i>	<i>Québec</i>	<i>Ontario</i>
1	29%	26%	32%
2	22%	19%	24%
3-4	31%	30%	32%
5	17%	25%	12%

Source: *Enquête sur la Maladie, 1950-1951, Canada — Bulletin spécial No 4.*

Les statistiques qui suivent établissent la répartition des dépenses médicales et hospitalières totales selon la catégorie des revenus pour l'ensemble du pays et pour les provinces de Québec et d'Ontario. Elles nous sont fournies par le bulletin spécial No 4, *Enquête sur la maladie, 1950-1951, Canada*:

<i>Catégorie de revenu</i>	<i>Canada</i>	<i>Québec</i>	<i>Ontario</i>
Moins de \$1,500	16%	17%	12%
\$1,500 - \$2,999	44%	45%	43%
\$3,000 - \$4,999	26%	24%	28%
Plus de \$5,000	12%	12%	16%

Comme on le voit par ce tableau, les familles du Québec se classent dans les revenus de moindre importance, malgré un nombre d'enfants plus important. Et c'est malgré tout sur ces familles que retombe le gros des dépenses occasionnées par la maladie, comme l'indique le tableau précédent.

b) *Relations entre assurances et revenus*

Les gens sont abonnés aux services de santé dans la mesure de leurs revenus. En effet, en 1950-1951, suivant l'Enquête sur la maladie au Canada, l'on a découvert que 4% des familles dont le revenu total était inférieur à \$1,500 jouissaient d'assurance contre la maladie; 9% des familles dont le revenu total s'établit entre \$1,500 et \$3,000 par année avaient des assurances médicales. Enfin, 14% des unités familiales dont les revenus étaient supérieurs à \$3,000 étaient assurées contre les frais médicaux. Nous savons que ces chiffres datent de 1951 et nous avons vu, par ailleurs, que la proportion des assurés avait sensiblement augmenté depuis. Il s'agit tout de même d'une constante qui veut que les unités familiales à plus forts revenus soient mieux protégés contre la maladie.

c) *Palliatif*

Il nous paraît assez étrange de constater par ailleurs que les compagnies privées se sont, à leur façon, rendu compte du même problème. En effet, elles ont cherché à pallier cette situation, mais en prenant des moyens qui laissent le problème intact. Ces compagnies ont offert aux petits salariés des polices d'assurances en limitant à l'extrême les services assurés. Ce qui établissait une reconnaissance officielle du fait suivant: les gens à petits revenus ne peuvent trouver d'assurances convenables contre la maladie.

d) *Hausse des primes*

Si nous examinons ensuite les primes que même les associations sans but lucratif sont obligées de hausser, nous comprendrons plus aisément pourquoi *l'entreprise privée, de quelque nature qu'elle soit, avec ou sans but lucratif, ne peut offrir de*

véritable sécurité contre la maladie. En effet, il est impossible à des organismes dont le nombre peut fluctuer sans aucune constante définie, de fixer des primes qui peuvent s'avérer justes sur des périodes de quelques années. A titre d'exemple, nous aimerions citer quelques chiffres qui accusent des augmentations énormes dans les primes payables.

Une enquête auprès de 14 services d'assurances sans but lucratif révèle qu'entre 1948 et 1952, tous les genres de polices ont vu les primes augmenter, qu'il s'agisse de polices pour célibataires, époux ou familles. Et ces augmentations varient entre 9.5 et 80.6%, la plupart se situant au niveau de 33.3%.

De semblables augmentations ne trouvent leur explication que dans l'impossibilité de prévoir de façon sûre, sans un plan d'ensemble qui protégerait tous les individus.

e) *Conclusions*

Comme conclusion à ces dernières notes, nous n'hésitons pas à dire que la moyenne *du coût* des assurances contre les frais médicaux et contre les frais hospitaliers est beaucoup *trop élevée pour le trop peu de garanties.* Même pour les individus assurés, la maladie demeure toujours un cauchemar financier.

7—*Participation de l'État*

Il est un fait étonnant qui échappe habituellement au premier regard. Ce fait est la participation actuelle de l'état au maintien des polices d'assurances des compagnies privées. Nous nous expliquons.

Au cours de l'étude qui a précédé, nous avons constaté que la *population s'était protégée surtout contre les frais hospitaliers.* Ces polices d'assurances obligent les assurés à recourir à l'hospitalisation si ces derniers veulent recevoir les prestations garanties. Ce qui veut dire, en définitive, que l'assuré, même affligé d'une maladie de peu de gravité, ou bénigne, devra se rendre à l'hôpital pour recevoir ces prestations garanties. De là naît un besoin fictif de lits d'hôpitaux provoqué par les exigences des compagnies privées. L'Etat sur qui retombe en dernière analyse la large part du coût de construction des hôpitaux, investit donc des sommes fantastiques à cette fin et assiste ensuite à un usage non essentiel des services coûteux, usage dicté par des compagnies privées. C'est là une anomalie qu'il faut de toute évidence faire disparaître.

L'on nous répondra sans doute que, bien au contraire, les hôpitaux retirent de réels avantages des sommes que leur versent les compagnies privées. C'est là un aspect à courte vue. Nous sommes d'opinion que les hôpitaux doivent être au service exclusif des malades et que l'ordre de priorité doit s'établir non pas en fonction des moyens du malade mais en raison même de l'état de gravité de la maladie. Si des malades qui n'ont pas besoin d'hospitalisation y recourent dans les conditions que nous avons signalées, il se crée une fausse situation au préjudice des véritables malades, et surtout des plus délaissés.

8—*Chômage*

A quelques exceptions près, les associations sans but lucratif et les compagnies privées ne prévoient aucune clause pour le paiement des primes en temps de chômage. C'est là une lacune grave. Comme les primes ne sont pas payées, les prestations sont par le fait même refusées et l'assuré se voit dans l'obligation de s'endetter au moment même où il aurait le plus grand besoin des services qu'on lui avait garantis.

9—*Conclusions*

C'est là une dernière note que nous voulons ajouter à l'ensemble des objections que nous avons soulevées au sujet de l'entreprise privée dans le domaine de la santé publique. Nous réitérons qu'à nos yeux il est indigne de permettre à des compagnies privées de s'enrichir non pas, sans doute, à l'occasion de la maladie de ses assurés mais en raison même de la maladie éventuelle. Il s'agit là d'une spéculation antisociale.

Chapitre III

ETAT DE NOTRE SANTE

A—VUE D'ENSEMBLE

Nous avons déjà vu que 3 personnes sur 5 d'après l'Enquête précitée du Ministère de la Santé, avaient souffert d'incapacité au cours des douze mois choisis par les enquêteurs, et que 47.9% de la population avait été alitée à un moment ou l'autre de l'année. Enfin, 80.4% de la population avait souffert d'affections diverses.

Cela indique assez les dimensions du problème auquel nous faisons face.

Si nous ajoutons, comme autre indication importante, que le Canada comptait 957,000 personnes souffrant d'infirmités permanentes dont 423,000 gravement ou totalement infirmes, nous mesurons mieux l'effet global de la maladie. Car l'Enquête a révélé aussi que 58% de toutes les infirmités permanentes étaient attribuables aux maladies du coeur et des artères, à l'arthrite et au rhumatisme, aux maladies du système nerveux, à la surdité et la cécité. (1)

B—SITUATION DU QUÉBEC

Quelle est la part du Québec dans l'ensemble de la maladie? Encore ici, malheureusement, notre lot est loin d'être enviable et pour en attester voici quelques chiffres:

Tableau du nombre de cas de certaines maladies à déclaration obligatoire rapportés au Bureau Fédéral de la Statistique par les Ministères provinciaux de la Santé, 1952.

	Québec	Ontario
Diphthérie	132	17
Dysenterie	177	112
Poliomyélite	125	705
Tuberculose	4,187	1,287
Typhoide et paratyphoide	324	48
Fièvre ondulante	62	32
Maladies vénériennes	5,066	3,197

Source: *Statistiques Vitales, 1952, Gouvernement du Canada.*

Bien que l'on nous ait toujours catalogués comme une des deux provinces les plus riches, il nous faut malheureusement nous rendre à l'évidence que l'ensemble des conditions de santé et d'hygiène dans la province de Québec est inférieur à celui de l'ensemble du pays.

1—Mortalité infantile

Comme il existe des relations inéluctables de cause à effet entre la maladie et la mort, l'on ne nous reprochera sûrement pas de reproduire ici les statistiques du taux de mortalité, mortalité due à des insuffisances marquées, soit dans l'hygiène publique, soit dans des méthodes préventives qui relèvent des organismes publics.

(1) Bulletin No 6 — 1950-1951.

**Tableau comparatif des taux de mortalité, dans le Québec, l'Ontario
l'Ontario et l'ensemble du pays, 1952.**

(par 1,000 naissances vivantes)

	Générale	Infantile	Néo-natale	Puerpérale	Morts-nés
Québec	8.4	50	28	1.2	22.2
Ontario	9.3	31	21	0.8	16.8
Canada	8.7	38	23	0.9	18.0

Source: *Statistiques Vitales, 1952, Gouvernement du Canada.*

Au sujet de ce tableau, voici ce qu'en disait le Mémoire de la C.T.C.C., à la Commission royale d'enquête sur les problèmes constitutionnels instituée par le Parlement de Québec:

« La faiblesse du taux de mortalité générale n'est qu'un signe de la plus grande jeunesse de la population dans le Québec. Cependant, le taux sérieusement plus élevé de la mortalité infantile, néo-natale et puerpérale semble dénoter une moins grande qualité des services médicaux maternels, une infériorité des conditions d'hygiène et de santé générale. Le tableau n'est guère réjouissant si l'on ajoute que le Québec révèle le plus haut taux de mortalité infantile et néo-natale et de mortalité des morts-nés au Canada; même Terre-Neuve présente un meilleur dossier.

Les causes de décès pour l'ensemble de la population révèlent les mêmes tendances. Pour la plupart des maladies autres que les maladies de la vieillesse comme le cancer, les lésions vasculaires, l'artériosclérose, les coronaires et la myocardite dégénérative, les décès affichent un taux plus élevé dans le Québec. »

2—Tuberculose

Toujours dans les mêmes statistiques publiées en 1954 par le Bureau fédéral, division de la Santé et du Bien-être, nous trouvons qu'en 1937 dans le Québec, 2,260 décès étaient dus à la tuberculose de l'appareil respiratoire alors que l'Ontario n'en comptait que 1,149. Grâce aux nombreuses campagnes organisées à travers le Canada, nous obtenons, en 1954, des chiffres de beaucoup réduits. Mais il s'avère encore que le Québec est au premier rang en nombre et en proportion. Ainsi, en 1954, 575 décès dans le Québec étaient dus à la tuberculose de l'appareil respiratoire alors qu'on n'en comptait que 280 dans l'Ontario.

Quant à la proportion, nous voulons signaler qu'elle est d'un ordre assez désavantageux pour le Québec puisque seule Terre-Neuve connaît une proportion plus élevée.

3—Maladies mentales

Les statistiques relatives aux maladies mentales ne sont guère plus réjouissantes. En décembre 1954, nos hôpitaux pour maladies mentales abritaient 62,323 personnes; ce qui donnait 410.9 malades par 100,000 de population, taux le plus élevé jamais atteint.

L'introduction au « Service d'hygiène mentale au Canada » par le Service fédéral des Recherches publié en juillet 1954 était la suivante:

« La maladie mentale constitue le plus grave problème sanitaire du Canada. Plus de 60,000 malades et débiles mentaux séjournent dans les institutions. De 1948 à 1952, le nombre de cas dans les hôpitaux publics pour maladies mentales révélait une augmentation de bien au-delà de 66,500 malades, tandis que les listes d'attente ne baissaient pas de façon significative. On estime qu'en tout temps le nombre de malades dans les hôpitaux pour maladies mentales atteint presque la moitié de toutes les personnes hospitalisées

au Canada, qu'il dépasse le nombre des autres malades dans tous les hôpitaux publics, et qu'en termes de perte de temps, la maladie mentale dépasse le total attribuable à la tuberculose, au cancer et à la poliomyélite ensemble. »

a) *Comparaison: dépenses générales*

Le Canada Year Book de 1955 nous révélait que le nombre de jours-patients dans les hôpitaux publics en 1955 était de 23,750,013 alors que le nombre de jours-patients dans les institutions pour maladies mentales était de 23,540,602, soit presque l'équivalent. Cependant, les dépenses dans ces dernières institutions s'élevaient à \$57,220,007, ce qui n'était rien en comparaison des dépenses dans les hôpitaux publics, dépenses qui atteignaient la somme de \$235,512,500.00.

Suivant les rapports pour les années 1952-1953, le Canada a dépensé \$51,651,055 pour les maladies mentales. A ce montant, Québec n'a contribué que pour \$9,531,655 alors que l'Ontario contribuait pour \$19,351,125. Le tableau suivant donnera une meilleure idée de l'ensemble et de la répartition de ces dépenses.

**Dépenses d'entretien des institutions pour maladies mentales,
par jour et par malade, par province, 1952-1953.**

Provinces	Totales	Par jour et par malade
	Dépenses d'entretien	
	\$	\$
Terre-Neuve	1,167,318	4.29
Ile du Prince-Edouard	309,419	2.79
Nouvelle-Ecosse	1,874,407	4.05
Nouveau-Brunswick	1,307,556	2.15
Québec	9,532,655	1.66
Ontario	19,359,125	2.23 (1)
Manitoba	2,716,118	2.23
Saskatchewan	4,845,048	2.89
Alberta	3,809,934	2.74
Colombie-Britannique	6,729,475	3.82
Canada	51,651,055	2.55

(1) Montant basé sur les comptes publics d'Ontario, 1952-1953.

Source: Bureau fédéral de la statistique, *Institutions pour maladies mentales*, 1952.

Comme on le voit, Québec se classe au niveau le plus bas et n'atteint même pas le niveau général de 1948, ainsi que le fait voir le tableau suivant:

**Dépenses d'entretien des institutions pour maladies mentales,
par jour et par malade. Canada, 1948-1949 à 1952-1953.**

Année financière	Dépenses d'entretien	
	Totales	Par jour et par malade
	\$000	\$
1948-1949	32,494	1.77
1949-1950	36,364	1.94
1950-1951	43,064	2.23
1951-1952	47,412	2.40
1952-1953	51,651	2.55

Source: Bureau fédéral de la statistique, *Institutions pour maladies mentales*, 1947 à 1952.

c) Comparaison: dépenses pour la recherche

Il serait opportun de rappeler que de 1948 à 1953, sous le régime de la subvention à l'hygiène mentale, le Québec a dépensé pour la recherche \$269,313.49 alors que l'Ontario en a dépensé \$499,052.40.

D—CONCLUSIONS

Il resterait plusieurs domaines à scruter si nous voulions avoir une idée complète de la situation médicale au Canada. Nous sommes malheureusement obligés de nous en tenir à des idées générales et à des statistiques d'ensemble. Avant de clore ce chapitre, nous aimerions signaler des faits constatés lors de l'enquête sur la maladie au Canada, 1950-1951, faits qui nous paraissent révélateurs et qui constituent un facteur important de la pauvreté de notre état de santé. Nous nous référons aux statistiques suivantes.

1—Des soins pour les fortunés

Un peu plus de un quart seulement des unités familiales au Canada ont vu le dentiste au cours de l'enquête. Et si nous recherchons la proportion des unités familiales qui n'ont rien dépensé pour soins de santé, nous trouvons, suivant la classe de revenus, les proportions suivantes:

moins de \$1,500	19.7%
de \$1,500 à \$2,999	7.7%
de \$3,000 à \$4,999	4.3%
de \$5,000 et plus	3.6%

Il est facile de conclure, à la vue de semblables chiffres, que les petits salariés n'ont pas les moyens de se faire soigner alors que les personnes à revenus élevés en presque totalité jouissent des traitements qui leur sont nécessaires.

2—Plus de pauvres, moins de soins

Pour avoir une idée plus précise de la proportion de ceux qui peuvent se payer les soins et services de santé, il suffit de savoir, toujours suivant l'enquête rapportée, que 1,322,000 unités familiales au Canada gagnant moins de \$1,500 par année ont dépensé pour soins de santé \$61,600,000 alors que les unités familiales gagnant plus de \$5,000 se chiffraient à 271,000 et dépensaient \$43,000,000. Reprenant ce tableau au complet, nous trouvons les données suivantes:

moins de \$1,500	1,322,000 unités familiales dépensaient
	\$ 61,600,000
de \$1,500 à \$2,999	1,864,000 unités familiales dépensaient
	\$165,000,000
de \$3,000 à \$4,999	833,000 unités familiales dépensaient
	\$ 97,200,000
de \$5,000 et plus	271,000 unités familiales dépensaient
	\$ 43,000,000

Autrement dit, les unités familiales dont les revenus constituent moins de 15% du revenu total comprennent 29% de l'ensemble et ne dépensent que 16% des dépenses totales. Alors que les unités familiales gagnant plus de \$5,000 ne sont que 6% et dépensent 12% de l'ensemble.

3—Rappel de guerre

Disons, au terme de ce chapitre, que durant la dernière guerre, 50% des jeunes Canadiens examinés en vue du service militaire ont dû être rayés des cadres pour des raisons de santé. Ce bilan est déjà très lourd et pour ajouter une dernière note rappelons que dans ces mêmes années de guerre, exceptionnelles si l'on veut, la mortalité infantile dans le Québec seulement, s'est élevée à 40,000, c'est-à-dire plus que ce que les armes ont coûté d'hommes au Canada tout entier.

Chapitre IV

ETAT DE NOS SERVICES

A—HÔPITAUX

1—*Multiplification des recours à l'hôpital*

Il est reconnu qu'aujourd'hui, l'on se fait soigner à l'hôpital pour de multiples raisons. Le diagnostic est plus facile, la thérapeutique avancée exige des soins trop minutieux, la surpopulation dans les maisons privées y rend les traitements impossibles, et les instruments chirurgicaux ne sont maniables qu'à l'hôpital.

L'hôpital n'est plus le propre des gens fortunés et le malade doit y recourir, quel que soit son état de fortune! Les médecins ne soignent plus sur les lieux.

2—*Naissances et morts à l'hôpital*

En 1953, les statistiques révèlent que 83% de toutes les naissances au Canada avaient lieu dans des hôpitaux et que 51% de toutes les morts y avaient également lieu. Il est normal qu'il en soit ainsi. Mais il est malheureux que la province de Québec, dans ces deux domaines, occupe encore la dernière place sur la liste des neuf provinces étudiées (Terre-Neuve n'y apparaît pas).

Québec affiche en effet un taux de naissance à l'hôpital de 60.3% alors que la moyenne pour le Canada entier est de 83.4% et un taux de mortalité à l'hôpital de 40.2% alors que la moyenne canadienne s'établit à 51.5%. (1)

3—*Lits*

a) *Nombre*

A la fin de l'année 1953, les hôpitaux canadiens comptaient 169,922 lits, y compris les hôpitaux pour maladies mentales et les sanatoriums. Cependant, « si l'addition constante de nouveaux lits porte le chiffre actuel à un niveau plus élevé que celui de toute autre année, la construction d'hôpitaux n'a pas répondu à l'accroissement rapide de la population après la guerre. La proportion de lits a par conséquent diminué pour la seconde année successive ».

b) *Répartition*

En 1953, nous comptons au Canada 1,285 hôpitaux qui se répartissaient comme suit les 169,922 lits:

92,120 lits dans les hôpitaux généraux publics;
60,565 lits dans les hôpitaux pour maladies mentales;
17,237 lits dans les sanatoriums.

c) *Propriété*

De ce nombre de lits, 50% sont administrés par des corporations sans but lucratif religieuses ou laïques, 48% par des agences gouvernementales et 25% par des hôpitaux privés.

Il est intéressant de signaler ces pourcentages pour marquer immédiatement que nos gouvernements occupent déjà une large part dans ce domaine.

d) *Répartition procentuelle*

Dans le Volume I de la Statistique des Hôpitaux, 1953, publié par le Bureau fédéral de la statistique, nous trouvons qu'au Canada, il existe 4.75 lits par 1,000

(1) Source: D.B.S., Vital statistics, 1952.

personnes de population. Malheureusement, le Québec se classe au dernier rang des dix provinces avec 3.85 lits par 1,000 de population.

e) *Concentration*

En analysant la localisation de nos hôpitaux dans le Québec, nous trouvons une trop grande concentration. Les données scientifiques de la médecine établissent que les hôpitaux de 25 à 99 lits répondent mieux aux exigences des services. Dans la volume I des Statistiques des hôpitaux — 1953, au tableau 9, l'on voit que le Québec compte 32 hôpitaux de cette capacité alors que l'Ontario en compte 85. L'on y lit également que c'est là la catégorie des hôpitaux la plus élevée dans chacune des neuf autres provinces.

Ces chiffres valent pour les hôpitaux d'adultes puisque pour les enfants les proportions ne sont plus les mêmes et la concentration est plus accentuée.

4—*Services spéciaux*

Pour ne pas prolonger indûment la liste des services spéciaux qu'offrent les hôpitaux, et dans le but d'établir une comparaison qui vaille, nous nous en tiendrons à l'établissement des services spéciaux des hôpitaux publics en juxtaposant les chiffres du Québec et de l'Ontario. Le Volume I de la Statistique des hôpitaux — 1953, nous donne les renseignements suivants. Établissons le nombre d'hôpitaux qui ont fait rapport et le nombre de ceux-ci qui offrent les services mentionnés.

Services spéciaux des hôpitaux publics

Service	Québec	Ontario
Anesthésie	78	151
Epreuves du métabolisme basal	73	107
Dentisterie	47	36
Electrocardiographie	61	100
Electroencéphalographie	11	11
Laboratoire	89	134
Thérapie professionnelle	22	25
Thérapie à l'oxygène	64	152
Pathologie	35	62
Physiothérapie:		
Hydrothérapie profonde	24	28
Inducto-thermo-thérapie	31	37
Thérapie à l'infra-rouge	52	64
Massage à manipulation	24	50
Thérapie à l'ultra-violet	56	60
Radiologie	82	157
Service organisé de donneurs de sang	33	54
Banque de sang	50	72
Autres aménagements pour le service du sang	36	65
Hôpitaux faisant rapport	100	186

Source: Volume I, *Statistique des hôpitaux, 1953, Bureau fédéral de la Statistique.*

5—*Personnel d'hôpital*

a) *Comparaison du Québec avec les autres provinces*

En 1953, le personnel des hôpitaux au Canada se chiffrait à 128,485, soit environ 2.5% de toute la main-d'oeuvre canadienne.

Le Bureau fédéral de la statistique publiait, en septembre 1955, les chiffres suivants sur le personnel affecté aux hôpitaux.

PERSONNEL D'HOPITAL EMPLOYE A TEMPS PLEIN DANS TOUS LES HOPITAUX:

Par genre d'hôpital et par province, 1948 et 1953.

PROVINCE	Hôpitaux spéciaux généraux et autres (a)		Hôpitaux pour maladies mentales (b)		Sanatoriums (c)		Hôpitaux Fédéraux (d)		Tous les hôpitaux	
	1948	1953	1948	1953	1948	1953	1948	1953	1948	1953
Terre-Neuve	1,131 (e)	1,577	210 (e)	402	267 (e)	507	0	0	1,608	2,486
Ile du P.-Edouard	335	529	77	100	74	114	0	0	486	743
Nouvelle-Ecosse	2,926	3,501	411	595	337	711	511	542	4,185	5,349
N.-Brunswick	2,305	2,976	276	370	453	627	420	453	3,454	4,426
Québec	16,736	18,335	2,704	3,813	1,356	3,053	2,397	2,491	23,193	27,692
Ontario	21,661	34,334	4,462	6,389	2,262	2,602	2,985	3,446	31,370	46,771
Manitoba	3,826	4,712	679	887	360	431	962	1,064	5,827	7,094
Saskatchewan	5,285	6,605	1,216	1,398	527	568	147	221	7,175	8,792
Alberta	5,332	7,342	791	1,303	152	447	393	684	6,668	9,776
Colombie-Britan.	7,496	10,238	1,228	2,227	662	945	1,822	1,793	11,208	15,203
Territoires du N.-O. et Yukon	159	153	0	0	0	0	0	0	159	153
CANADA	67,192	90,302	12,054	17,484	6,450	10,005	9,637	10,694	95,333	128,485

(a) Dérivé de D.B.S. *Rapport annuel des hôpitaux*, 1948 et *Statistiques d'hôpitaux*, 1953, tous les deux hôpitaux publics et privés sont inclus.(b) Dérivé de D.B.S. *Statistique de la Santé Mentale*, 1953.

(c) Dérivé de D.B.S. Institution de la Tuberculose, 1948 et Statistiques de la Tuberculose, 1953. Sanatorium Fédéral et unitaires de la Tuberculose dans les hôpitaux généraux sont exclus.

(d) Dérivé de D.B.S. Rapport annuel des Hôpitaux, 1948 et Statistiques des hôpitaux, 1953. Les hôpitaux dirigés par le Département de la Défense Nationale sont exclus.

(e) Dérivé du rapport sur l'enquête de la Santé de Terre-Neuve.

Source: Hospitals in Canada — Research Division, Department of National Health & Welfare.

**PROPORTION DU PERSONNEL par rapport à la moyenne quotidienne de malades dans les
Hôpitaux Généraux Spéciaux par province; 1948 à 1953.**

PROVINCE	1948	1949	1950	1951	1952	1953
Terre-Neuve	—	—	—	—	—	1.17
Ile du Prince-Edouard	0.85	1.06	1.28	1.15	1.33	1.41
Nouvelle-Ecosse	1.33	1.42	1.54	1.36	1.34	1.49
Nouveau-Brunswick	1.15	1.29	1.32	1.37	1.36	1.56
Québec	1.28	1.33	1.29	1.29	1.23	1.30
Ontario	1.31	1.39	1.47	1.54	1.60	1.72
Manitoba	1.20	1.25	1.36	1.31	1.38	1.44
Saskatchewan	1.12	1.12	1.14	1.20	1.26	1.31
Alberta	1.21	1.28	1.33	1.30	1.28	1.40
Colombie-Britannique	1.42	1.48	1.45	1.54	1.58	1.67
Territoires du Nord-Ouest et Yukon	0.68	0.61	0.53	0.49	0.47	0.41
CANADA	1.27	1.33	1.36	1.39	1.41	1.50

Source: D.B.S. *Annual Reports of Hospitals, 1948-1952* and D.B.S. *Hospital Statistics, 1953, Vol 1.*

Ces statistiques sont encore défavorables à la province de Québec puisque seule la province de Terre-Neuve donne des chiffres proportionnels inférieurs aux nôtres.

b) *Comparaison du Québec avec l'Ontario*

Toujours en rapport avec la province d'Ontario voici quelques chiffres au sujet du personnel plein-temps employé dans les hôpitaux généraux et publics, en 1953.

**Personnel à plein temps employé dans les hôpitaux généraux spéciaux:
par genre de personnel et par province, en 1953**

Genre de personnel	Québec	Ontario
Médecins salariés	126	158
Internes	543	628
Infirmières diplômées	2,711	7 075
Infirmières-élèves	2,779	5,486
Assistants	1,390	2,525
Gardes-malades (orderlies)	475	1,043
Physiothérapeutes	39	106
Thérapeutes professionnels	16	36
Pharmaciens	49	86
Diététiciens	179	399
Bibliothécaires des archives médicales	144	218
Techniciens de laboratoires	427	538
Techniciens-Radiologie	233	343
Préposés au service social	86	59
Autres	8,776	15,202
	17,973	33,902

Source: D.B.S. *Statistiques des hôpitaux*, 1953 — Vol. 1.

Il est entendu que le problème du personnel est immédiatement lié à celui des salaires et des heures de travail. Comme on le sait, il est nécessaire que les hôpitaux aient du personnel sept jours par semaine et vingt-quatre heures par jour. En raison de ces conditions exceptionnelles, les offres faites au personnel doivent être attrayantes. Nous prétendons que ces conditions ne doivent pas être offertes aux dépens des malades mais de la société tout entière.

En 1952, l'on remarque que dans l'Ontario, les salaires constituaient 57% des dépenses d'hôpital alors que dans le Québec, ils n'en constituaient que 48%.

c) *Sciences hospitalières*

Dans les sciences hospitalières, il y a lieu de noter que la province d'Ontario bat encore la marche sur Québec et de façon marquée. A preuve, nous voudrions donner le tableau comparatif des écoles de sciences hospitalières, que nous trouvons au Volume I de la Statistique des hôpitaux, 1953:

Ecoles de sciences hospitalières

Détail	Québec	Ontario
Tous les hôpitaux publics	100	186
Nombre d'écoles de sciences hospitalières:		
Reconnues par la province	35	52
Avec affiliation extérieure pour:		
Recevoir la formation seulement	20	34
Pour donner la formation seulement	1	4
Pour recevoir et donner la formation	12	10

Avec affiliation universitaire	29	6
Nombre d'élèves:		
Inscrits au 31 décembre 1953	2,935	5,937
Maximum annuel possible	885	1,653
Nombre possible de gradués pour l'année	1,115	1,893
Cours gradués de sciences hospitalières:		
Hôpitaux régulièrement organisés	6	3

Source: *Statistique des hôpitaux, 1953* — Vol. I, Bureau fédéral de la Statistique.

a) *Personnel au complet*

Toujours dans le personnel des hôpitaux publics et dans une comparaison soutenue avec la seule province qui le permette, soit l'Ontario, nous voudrions donner les statistiques se rapportant à chacune des provinces.

Personnel des hôpitaux publics, 1953

PERSONNEL	Québec		Ontario	
	Temps continu	Temps discontinu	Temps continu	Temps discontinu
Hôpitaux faisant rapport	97		186	
Total — Personnel	17 973	1,043	33,902	2,921
Médecins-salariés	126	151	158	170
Infirmiers, infirmières:				
Diplômés	2,711	226	7,075	1,219
Elèves	2,779	45	5,486	3
Assistants, assistantes:				
Diplômés	674	17	2,197	146
Elèves	716	19	328	6
Gardes-malades (orderlies)	475	17	1,043	25
Internes	543	30	628	3
Physiothérapeutes	39	12	106	11
Thérapeutes professionnels	16	—	36	5
Pharmaciens	49	4	86	4
Diététiciens:				
Brevetés	36	5	136	6
Diplômés	33	2	66	2
Autres	110	8	197	20
Bibliothécaires des archives médicales:				
Immatriculés	27	4	72	3
Autres	117	13	146	19
Techniciens:				
Laboratoires:				
Brevetés	217	11	324	7
Autres	210	29	214	35
Radiologie:				
Immatriculés	102	10	194	13
Autres	131	13	149	23
Préposés au service social:				
Diplômés du service médical	49	3	26	—
Diplômés du service social	18	1	5	—
Autres	19	5	28	1
Autre personnel	8,776	418	15,202	1,200

Source: *Statistiques des hôpitaux, 1953* — Vol. I, Bureau fédéral de la Statistique.

6—Médecins

a) *Nombre et proportion*

En 1954, le Canada comptait 16,031 médecins en exercice et les médecins se répartissaient comme suit:

Médecins en exercice au Canada, juin 1954 (a)

Catégorie	Nombre en juin 1954	Proportion des médecins civils en exercice
Terre-Neuve	188	1.2
Ile du Prince-Edouard	82	0.5
Nouvelle-Ecosse	571	3.6
Nouveau-Brunswick	381	2.4
Québec	4,365	27.9
Ontario	5,879	37.6
Manitoba	799	5.1
Saskatchewan	752	4.8
Alberta	988	6.3
Colombie-Britannique	1,630	10.4
Yukon et Territoires du Nord-Ouest	16	0.1
Total des médecins civils en exercice	15,651	100.0
Médecins des forces armées	380	
Total des médecins en exercice	16,031	

(a) Chiffres provisoires fondés sur le dénombrement des médecins du Canada selon le registre des médecins (ministère de la Santé Nationale et du Bien-Etre Social).

Source: *Relevé des médecins au Canada, juin 1954. Service des Recherches, Ministère de la Santé Nationale et du Bien-Etre Social.*

Dans un autre tableau que nous fournit le Relevé des médecins au Canada, juin 1954, nous trouvons que le nombre de personnes par médecin a à peine changé depuis 1901. En effet, à cette date il s'établissait à 972 personnes par médecin alors qu'aujourd'hui, nous comptons 948 personnes par médecin. Ces chiffres pourraient sembler normaux mais il faut tenir compte des spécialités qui n'existaient pas au début du siècle. En raison de ces spécialités, l'on ne peut plus soutenir que les proportions signifient la même chose.

b) *Spécialités*

Cette tendance vers la spécialisation est marquée à travers tout le pays. Elle a provoqué une concentration urbaine chez les médecins. Voici ce qu'en disait le Relevé des médecins au Canada, juin 1954:

« La concentration de médecins se fait beaucoup plus forte dans les villes que dans l'ensemble de la population. En 1947, 70.8 p. 100 des médecins du Canada habitaient les villes de 10.000 âmes et plus, soit une échelle provinciale allant de 40.66 p. 100 dans l'Ile du Prince-Edouard jusqu'à 79.1 p. 100 en Colombie Britannique (tableau 8). En 1951, la proportion des médecins dans ces centres montait à 73.2 p. 100 pour l'ensemble du Canada, et en 1954 elle s'établissait à 73.7 p. 100. La variation provinciale de 1954 variait de 44.1 p. 100 (Terre-Neuve) jusqu'à 78.7 p. 100 (Ontario). Par contraste, 48.2 p. 100 seulement de la population totale habitaient en 1951 ces centres:

au point de vue provincial, cette variation allait de 16.1 p. 100 dans l'île du Prince-Edouard jusqu'à 58.2 p. 100 en Ontario. »

Nous devons comprendre que les spécialistes se sont dirigés d'emblée vers les mêmes villes pour y trouver à la fois des centres de recherche et d'échange qui leur permettent de se maintenir sans cesse au niveau de leur science et des sources de revenus plus riches. Etant donné toutefois que cette concentration exagérée crée des difficultés pour toute la population, il est temps de songer à une décentralisation efficace de la recherche médicale vers toutes les régions du pays où elle est praticable.

Chapitre V

PLAN D'ASSURANCE-SANTÉ

1—Plans dans les autres pays

Presque tous les pays modernes ont maintenant adopté un plan quelconque d'assurance-santé; ce sont surtout dans ces dernières années que les plans se sont multipliés ou se sont élargis suffisamment pour devenir des plans publics, car plusieurs pays, comme l'Angleterre, ont passé par différentes étapes avant d'arriver à un plan couvrant les dépenses médicales des citoyens.

Il y a trois types principaux de plans, selon les secteurs de la population qu'ils couvrent. Certains absorbent le coût total de toutes les dépenses occasionnées par la maladie et ce, pour tous les habitants du pays: ce sont l'Australie, la Bulgarie, le Danemark, la Grande-Bretagne, le Groënland, la Nouvelle-Zélande, la Suède et l'U.R.S.S. Comme on le voit, le plupart des pays du Commonwealth ont adopté ce système. La plupart des autres pays, une vingtaine, paient, par l'entremise du plan de santé, les dépenses pour la maladie de tous les salariés. Une dizaine de systèmes se limitent aux salariés qui sont surtout engagés dans le commerce et l'industrie. Dans la très grande majorité des cas, soit dans trente-deux pays sur une liste de 39, les dépendants jouissent des bénéfices du système.

Sur la même liste de trente-neuf pays, seules l'Australie et l'Irlande ne paient pas les honoraires de médecins et le Brésil ainsi que l'Australie n'honorent pas les factures des spécialistes. Les dépenses d'hospitalisation sont défrayées par tous les systèmes existants. Seul le Brésil ne paie pas les remèdes prescrits par les médecins. La plupart des plans incluent les soins dentaires et portent une attention spéciale aux soins apportés aux mères et aux enfants. Certains prévoient même des allocations pour la perte des revenus occasionnée par la maladie.

Trois principaux systèmes de financement sont en usage. La Grande-Bretagne, la Nouvelle-Zélande et la Suède utilisent la méthode de la taxation progressive; il s'agit, dans ce cas, strictement de fonds gouvernementaux. La Norvège et le Danemark possèdent un système de contribution tripartites: assurés, employeurs et gouvernements, central et local. Les fonds gouvernementaux n'ont aucune place dans les systèmes en opération en France et en Allemagne; les plans sont financés par les contributions des assurés et des employeurs. En France, les contributions sont de 16% du salaire, 6% payés par l'employé et 10% par l'employeur.

La décentralisation de l'administration et le libre choix du médecin sont des caractéristiques usuelles des plans en opération.

2—Coût d'un plan d'assurance-santé pour le Québec

La base la plus plausible, pour l'établissement du coût d'un système efficace d'assurance-santé, nous semble la moyenne des dépenses effectuées par les familles qui ont un revenu supérieur à \$5,000. On peut prendre pour acquis que les familles de cette catégorie sont bien soignées. D'après l'enquête gouvernementale sur la maladie de 1950-1951, les familles à haut revenu du Québec ont dépensé en moyenne \$139 par année pour fins de santé. Si l'on rajuste ce montant d'après la légère hausse du coût de la vie de 1951 à 1953, le résultat s'établit à \$141 par

année. D'après l'estimation de l'enquête, le nombre d'unités familiales dans le Québec est de 1,147,000. Le coût des dépenses globales serait donc d'environ \$160,000,000; si l'on alloue 10% pour l'administration, ce qui est généreux, on obtient le montant de \$175,000,000 environ que coûterait le fonctionnement annuel du plan. D'après les éléments dont nous nous sommes servis, ce montant est plutôt un maximum qu'un minimum.

Ce coût serait franchement élevé s'il s'agissait de dépenses complètement nouvelles. Tel n'est pas le cas cependant. D'après l'enquête sur la maladie, les familles québécoises dépenseraient déjà un montant de \$99,200,000 pour les soins de santé. Le coût supplémentaire est donc réduit à \$75,000,000. Mais d'autre part, le gouvernement affectait, la même année, au titre de l'assistance publique, la somme de \$28,128,108.75; il payait pour l'entretien des institutions pour malades mentaux, \$5,035,034.76, pour les unités sanitaires, \$1,693,028.68 et pour les services médicaux aux colons, \$419,473.94. Toutes ces dépenses seraient absorbées dans les dépenses totales du plan. Le montant supplémentaire requis par un plan d'assurance-santé provincial serait donc de l'ordre de \$40,000,000 et cela, pour l'octroi de services médicaux de haute qualité à tous les citoyens de la province.

3—La situation du médecin

Les patients auraient la liberté de choisir le médecin qu'ils désirent. C'est d'ailleurs là comme nous l'avons noté, une caractéristique de la plupart des plans en opération.

Le système de rémunération des services médicaux pose certains problèmes. Les médecins n'accepteraient pas de devenir des salariés. Le mode de rémunération le plus acceptable serait sans doute le paiement par acte médical, d'après des barèmes établis par ententes conjointes entre l'administration du plan et le Collège des Médecins, par exemple.

D—CONCLUSION GÉNÉRALE

Les deux centrales syndicales du Québec sont favorables à un plan national d'assurance-santé administré par les provinces.

Elles sont d'avis qu'une législation concurrente fédérale-provinciale du type de la loi des pensions de vieillesse permettrait d'atteindre ce but et étendrait ainsi, dans l'intérêt général, le champ de la sécurité sociale canadienne.

Les centrales ouvrières du Québec et l'éducation

Voici reproduit au texte, le « Mémoire sur l'Éducation » soumis conjointement par la Fédération des Travailleurs du Québec et la Confédération des Travailleurs Catholiques du Canada à monsieur Omer-Jules Desaulniers, Surintendant de l'Instruction Publique, Hôtel du Gouvernement de la Province de Québec le mercredi, 12 février 1958.

Vous n'ignorez certes pas que le mouvement ouvrier a toujours pris le plus vif intérêt à toutes les questions qui, de près ou de loin, se rattachent à l'éducation. Dès ses premiers congrès, il réclamait pour la classe ouvrière un accès plus facile aux sources d'instruction et d'éducation. Depuis 1921, il n'a cessé de réclamer l'institution de cours du soir, le développement de l'enseignement professionnel, la gratuité et l'uniformité des manuels scolaires et nombre de mesures susceptibles de combler un peu le fossé qui, du point de vue de l'instruction et de l'éducation, sépare encore les classes populaires québécoises des autres groupes de la société.

Un intérêt aussi ancien et aussi constant pour les questions scolaires de la part du mouvement ouvrier s'explique de plusieurs façons.

Nous aurons l'occasion d'en reparler plus loin, mais soulignons immédiatement que les nombreux chefs de famille réunis dans un mouvement comme le nôtre ont