

A11D6
A29
S2
1967-72
4,1
Ex. 2
QL
Magasin

VOLUME IV

LA SANTÉ

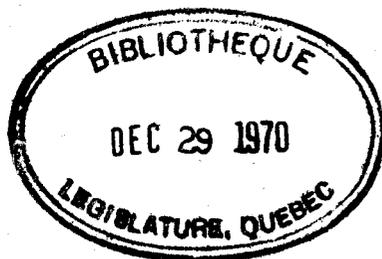
TOME I
TITRE PREMIER
LA SITUATION ACTUELLE

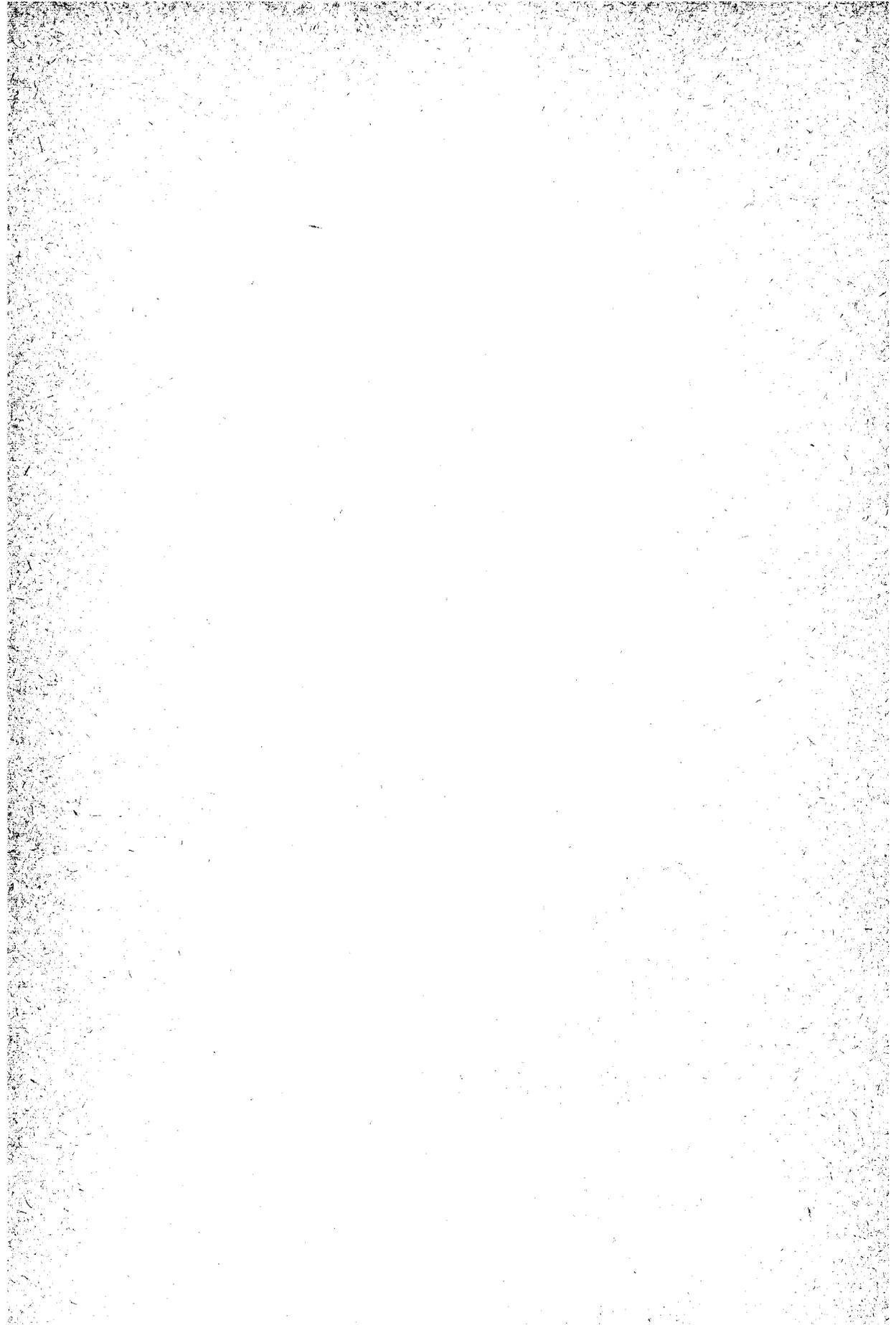
RAPPORT
DE LA COMMISSION
D'ENQUÊTE
SUR LA SANTÉ
ET LE BIEN-ÊTRE SOCIAL

DEUXIÈME PARTIE

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC/1970

B





VOLUME IV

LA SANTÉ

**TOME I
TITRE PREMIER
LA SITUATION ACTUELLE**

**RAPPORT
DE LA COMMISSION
D'ENQUÊTE
SUR LA SANTÉ
ET LE BIEN-ÊTRE SOCIAL**

DEUXIÈME PARTIE

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC/1970

AMU6

A29

S2

1967-72

411

EX. 2

Di

Magasin

Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social

<i>Membres</i>	Gérard Nepveu, <i>président</i> ¹ Louis-Philippe Bouchard ² Claude Castonguay ³ Jacques de la Chevrotière Jacques Dinelle William A. Dyson Rév. Père André-M. Guillemette, O.P. Georges A. Lachaine Édouard Laurent ⁴ Jeanne d'Arc LeMay Warren ⁵
<i>Secrétaire</i>	Jean Mercier ⁶
<i>Secrétaire adjoint</i>	Luc Gilbert-Lessard
<i>Conseiller en bien-être social</i>	Nicolas Zay, L. Sc. P. & Écon., LL. D., M. S. S.
<i>Conseiller économique</i>	Nicole Vaillancourt Martin, M. A. Écon. (Montréal), M. Sc. Écon. (Londres)
<i>Conseiller juridique</i>	René Dussault, LL. L., avocat, Ph. D. (Londres)
<i>Conseiller médical</i>	Jacques Brunet, M. D., F. R. C. P. (Canada)
<i>Conseiller en relations publiques</i>	Jean Pelletier
<i>Directeur des études spéciales</i>	André Hurtubise, B. Eng., M. A. Écon. (Montréal)
<i>Directeur adjoint des études spéciales</i>	Mercédès C. Gauvin, M. Sc. Soc. (Laval), M. Sc. Écon. (Londres), Diplôme de l'École Nationale d'Administration (Paris)

<i>Expert consultant en administration hospitalière</i>	Jean-Yves Rivard, M. A. Écon. (Montréal), Ph. D. (Michigan)
<i>Expert consultant en administration sociale</i>	Joy Woolfrey, M. Sc. Écon. en administration sociale (Londres)
<i>Expert consultant économique</i>	Thomas Boudreau, M. A. Écon. (Laval)
<i>Expert consultant en organisation des services de santé et des soins</i>	Jean Rochon, M. D., LL. L., M. P. H. (Harvard)
<i>Expert consultant médical</i>	Madeleine Patry, M. D., D. P. H. (Montréal), M. Sc. Hyg. (Harvard)
<i>Expert consultant en organisation des services de santé</i>	Andrée Lajoie, LL. L., B. A. (P. P. E.) M. A. (Oxford)
<i>Expert consultant en organisation des services de santé</i>	Lionel Ouellet, B. Sc. Soc., M. Sc. Soc. (Laval), Diplôme de l'École Nationale d'Admi- nistration (Paris)

¹ A été nommé membre et président de la Commission le 1^{er} avril 1970.

² A quitté la Commission le 21 décembre 1967 et est devenu sous-ministre des Institutions financières, compagnies et coopératives le 28 mai 1968.

³ A démissionné le 16 mars 1970.

⁴ A été nommé membre le 21 décembre 1967.

⁵ A été nommée juge de la Cour de bien-être social le 11 mars 1970.

⁶ A été nommé secrétaire le 7 avril 1970.

*À Son Excellence
le Lieutenant-gouverneur en Conseil
de la province de Québec*

Nous, membres de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, avons l'honneur de vous présenter le quatrième volume de notre rapport qui porte sur la santé.

Nous prions Votre Excellence de bien vouloir agréer ce rapport que nous vous soumettons respectueusement.

René Robitaille

président

William A. Dyson

G. W. Guilford et. g.

Jacques Bouchard

George L. Lacombe

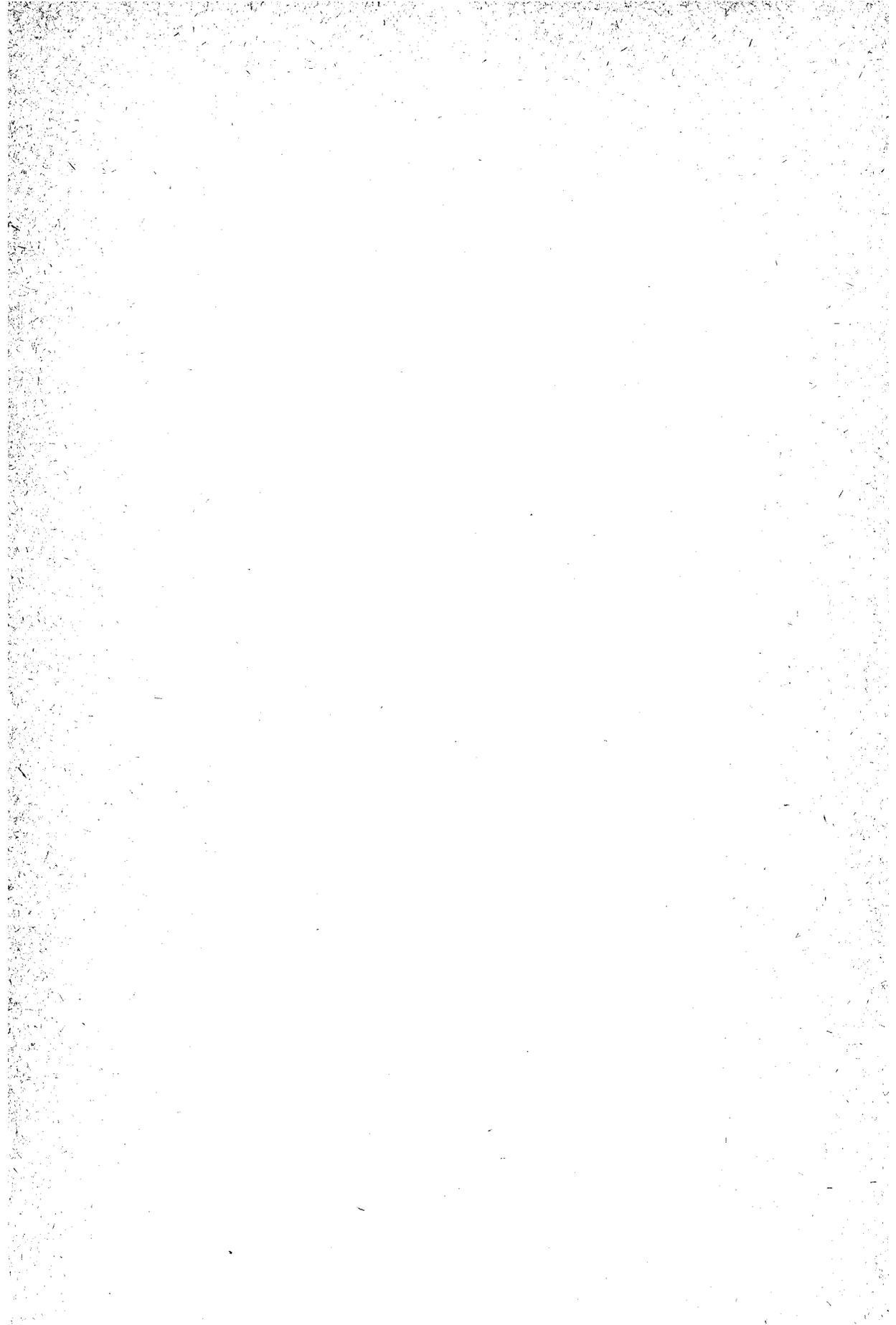
Jacques Dutilleul

Rodrigue Tremblay

Jean Rivest

secrétaire

Québec, 1970.



Titre premier

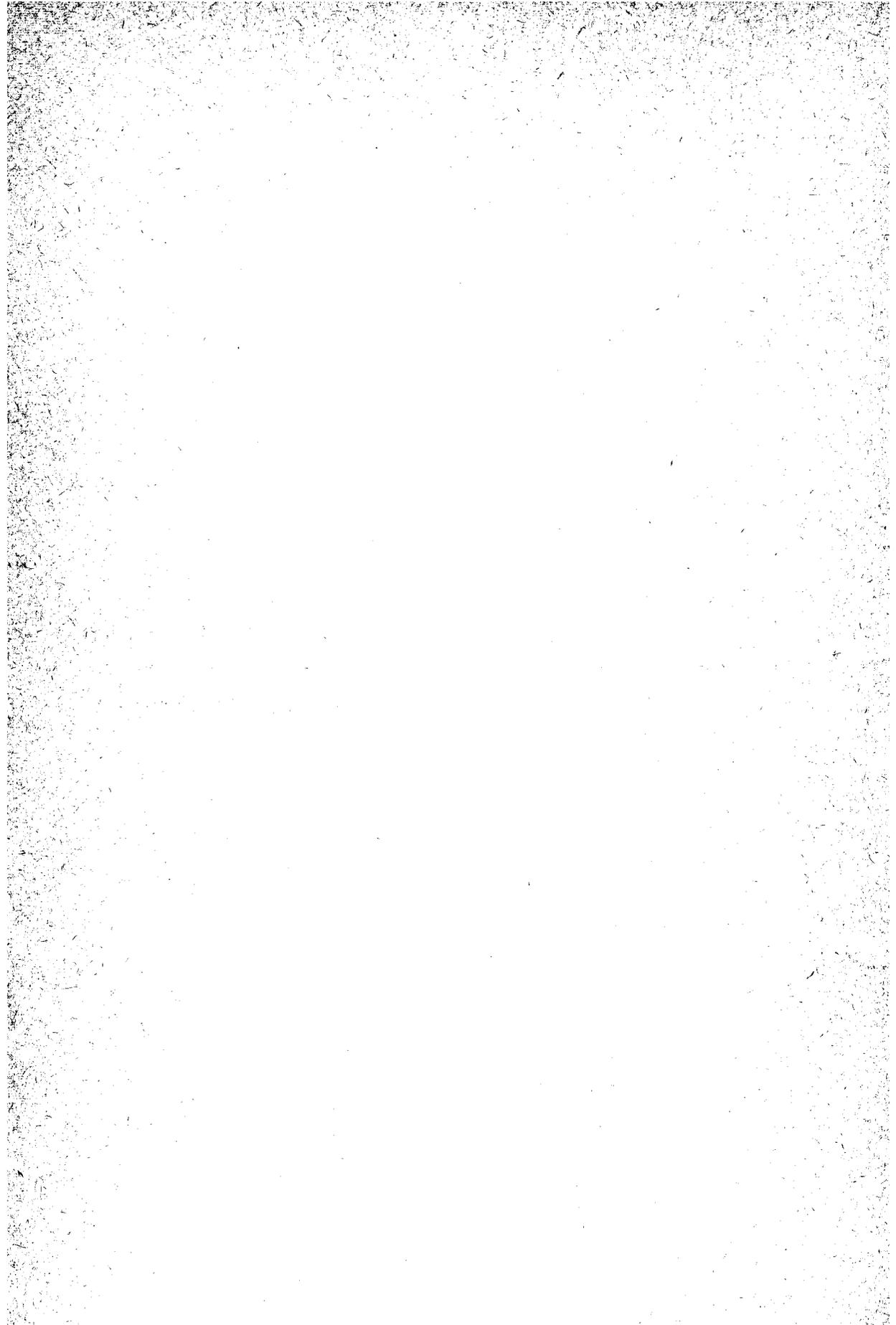
La situation actuelle

Ce titre coiffe une présentation de la situation actuelle dans le domaine de la santé au Québec, autour de trois idées maîtresses qui font chacune l'objet d'un chapitre : l'évolution des services de santé, l'influence du milieu sur l'état de santé de la population et la situation actuelle du régime de la santé au Québec.

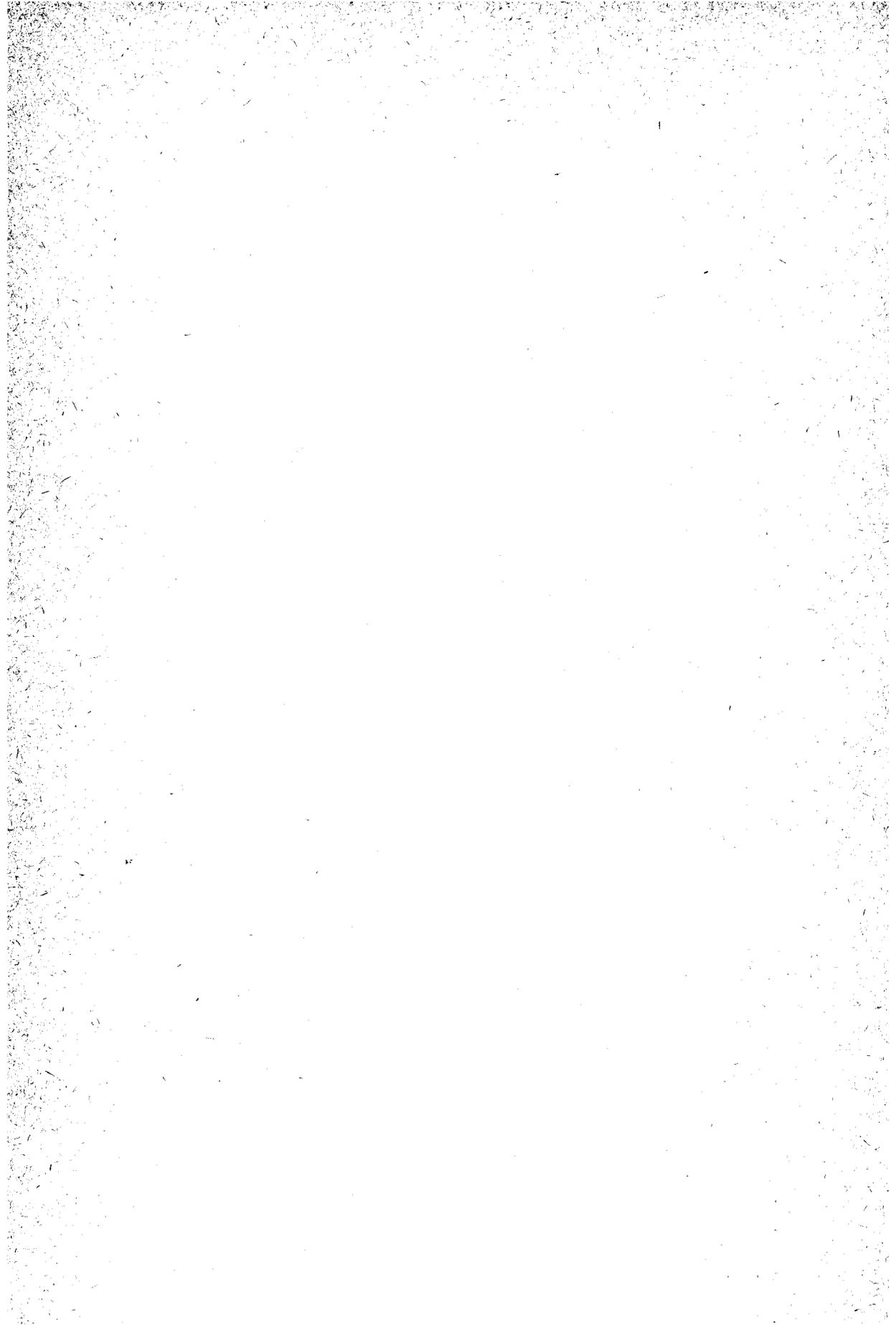
Le premier esquisse à grands traits l'intervention progressive de l'État en matière de santé publique et d'assurance-maladie dans le monde et, en particulier, au Canada et au Québec. L'aperçu historique de cette évolution précise le rôle croissant de l'État dans le domaine de la santé qui, partout dans le monde, est une constante et constitue un mouvement irréversible. Bref, le maintien du bon état de santé de la population est désormais accepté comme une responsabilité des collectivités.

Le second enseigne que l'amélioration du milieu physique conditionne l'état de santé d'une population. Non seulement une meilleure connaissance des lois écologiques est-elle indispensable, mais encore une action rapide et vigoureuse s'impose si l'on veut éviter la désastreuse détérioration de l'état du milieu et, partant, de la santé humaine.

Le troisième constitue une analyse générale des aspects fondamentaux du présent régime de la santé au Québec. Il révèle le manque d'intégration dans la distribution des soins, la présence de systèmes parallèles à objectifs différents, bref l'absence d'une véritable politique de la santé au Québec.



Historique des services de santé



Historique des services de santé

INTRODUCTION

1. Si nous connaissons bien l'histoire des grandes découvertes médicales, nous retraçons fort incomplètement le cheminement de leurs applications sur les populations. Cependant, nous savons que, depuis plusieurs décennies, nous avons les moyens d'éliminer nombre de maladies auxquelles notre société paie un lourd tribut, si nous utilisons cet ensemble imposant de connaissances acquises.

2. Les événements et les préoccupations qui ont marqué l'évolution de l'univers de la santé depuis quelques siècles se rattachent à deux tendances principales : l'élimination des risques associés aux conditions naturelles et l'amélioration de l'état de santé de l'individu par le recours progressif aux mesures de caractère général. L'orientation actuelle tend vers la promotion de la santé publique et l'établissement d'un régime d'assurance-maladie universel.

3. Depuis la plus haute antiquité, les sociétés ont construit des installations sanitaires et imposé des pratiques rituelles d'hygiène personnelle. Ce n'est qu'au XVIII^e siècle qu'apparaissent, en France et en Angleterre, les idées qui, un siècle plus tard, présideront à la réforme sanitaire et sociale connue sous le nom de « mouvement de la santé publique ».

4. Au milieu du XVIII^e siècle, des humanistes français et anglais, tels Jean-Jacques Rousseau et David Hume, se penchent sur le sort inhumain des prisonniers et les conditions de travail pénibles des ouvriers et sont les précurseurs des réformateurs sociaux du XIX^e siècle qui réussissent à faire promulguer les premières lois modernes sur la santé publique.

5. Cette évolution apparaît fortement liée à l'urbanisation et à l'industrialisation de la nouvelle société. Les gouvernements prennent alors conscience des funestes effets d'ordre économique et social des maladies infectieuses qui déciment les habitants des grandes villes et, notamment, des quartiers ouvriers. Ils orientent leur action sur deux plans principaux : des programmes d'assainissement du milieu et des mesures assurant à la population des prestations individuelles de médecine préventive¹.

¹ Voir l'annexe 2 de notre rapport : *L'évolution des services de santé et des modes de distribution des soins au Québec*, préparée par Gilbert Blain, M. D., Jean-Claude Martin, Jean-Yves Rivard et Yolande Taylor.

6. Depuis le début du XX^e siècle, on peut diviser l'évolution des programmes d'assainissement du milieu dans les pays industrialisés en quatre périodes : de 1900 à 1925, de 1925 à 1945, de 1945 à 1965 et de 1965 à nos jours.

7. De 1900 à 1925, les programmes, quoique encore de caractère coercitif, visent à enrayer les maladies infectieuses épidémiques transmises par l'eau, le lait et les vecteurs : fièvre typhoïde, fièvre jaune, malaria et choléra.

8. De 1925 à 1945, on impose l'inspection systématique des lieux de préparation des aliments, des centrales de traitement de l'eau et des usines de pasteurisation. Lors de l'adoption des lois de sécurité sociale, on met en œuvre des programmes d'hygiène des logis et des lieux de travail. C'est l'ère de l'assainissement du milieu, et l'on recourt à l'ingénieur hygiéniste et à l'inspecteur sanitaire. Parallèlement, on étend la vaccination préventive contre les maladies contagieuses les mieux connues et les plus répandues.

9. De 1945 à 1965, on s'attaque au problème de la pollution atmosphérique, à la présence de radiations ionisantes dans l'air et dans le sol, aux insecticides et autres produits toxiques utilisés en agriculture. Ce n'est que récemment, toutefois, que ces efforts revêtent un caractère d'urgence : les découvertes scientifiques et les expériences des chercheurs alertent l'opinion mondiale et précisent les graves dangers de la détérioration du milieu physique qui menacent l'homme plus que jamais. On ne peut mener à bien ces programmes antipollution de l'eau et de l'air et d'élimination des déchets sans la coopération des citoyens ; aussi, met-on l'accent sur l'information et sur l'éducation. La salubrité du milieu exige des spécialistes une formation de plus en plus poussée et l'utilisation de techniques de plus en plus complexes.

10. Depuis 1965, l'attitude du public et l'action des gouvernements ne se limitent plus aux seuls programmes d'amélioration du milieu ou à des considérations d'ordre sanitaire, à l'exclusion des autres aspects.

11. On tend de plus en plus à unifier les initiatives grâce à une vision globale des problèmes. Les récentes lois fédérales américaines sur « l'air pur, l'eau saine et l'élimination des résidus » sont un effort dans ce sens. Il semble que nous soyons au début d'une ère nouvelle où l'on vise à l'amélioration du milieu sous ses aspects vitaux et sociologiques : santé, confort, esthétique et loisirs. Ainsi

l'accent mis sur la culture physique et l'encouragement à la pratique des sports en vue d'un sain équilibre somatique illustrent cette nouvelle approche.

12. La conception négative et statique de la santé, qui dominait au XIX^e siècle, a graduellement fait place à une conception positive et dynamique qui parfait l'éducation du public et multiplie les mesures positives et efficaces.

13. Le mouvement de la santé publique déborde largement la prophylaxie des maladies infectieuses. Depuis la Seconde Guerre mondiale, il s'est consacré à l'expansion de la médecine préventive et, notamment, il a voué un intérêt tout particulier à l'enfant : sa croissance, son régime alimentaire et son développement mental.

14. Cette évolution des services de santé publique vers les soins préventifs individuels a prévalu surtout en Europe occidentale, où les structures d'ensemble des services de santé et la philosophie de l'exercice de la médecine l'ont favorisée. Nous allons voir comment le Canada et le Québec ont participé à cette évolution et nous retracerons succinctement les jalons de ce cheminement.

I. — LA SITUATION AU CANADA

A. — LE MOUVEMENT DE LA SANTÉ PUBLIQUE

15. Au Canada, comme dans la plupart des pays, les premières mesures de santé publique se concrétisent sous la forme d'ordonnances qui réglementent la vente des aliments et la salubrité publique. Lors des épidémies de choléra de 1832 et 1849, et de typhus en 1847, on crée des bureaux d'hygiène dans les provinces de l'Atlantique, le Haut et le Bas-Canada. Ces bureaux ferment lorsque le danger disparaît et rouvrent lors des épidémies suivantes.

16. En 1840, le Bas-Canada est la première province à établir des bureaux municipaux d'hygiène permanents. On verra à la section suivante les responsabilités qui leur étaient dévolues.

17. La loi constitutionnelle de 1867 contient peu de dispositions relatives à la santé. Elle précise néanmoins le rôle de l'État fédéral dans le domaine de la santé publique, qui se limite notamment aux

mesures de quarantaine maritime et à la gestion des hôpitaux pour marins. Les provinces doivent assumer la plus grande part de responsabilité dans l'établissement des services de santé et adopter les mesures législatives appropriées.

18. Jusqu'à l'adoption en 1875, par le Parlement britannique, d'importantes modifications de la Loi sur la santé publique, les mesures sanitaires ont, au Canada, un caractère sporadique et ne se concrétisent pas sous forme de législation. Cette promulgation au Royaume-Uni incite chacune des provinces canadiennes à voter des lois qui prescrivent l'obligation de la vaccination et des mesures pour enrayer les épidémies et certaines maladies, telles la tuberculose et les maladies vénériennes.

19. Vers la fin du XIX^e siècle, sur notre continent comme en Europe, les découvertes de la bactériologie et de l'immunologie, par leurs applications pratiques : vaccination, pasteurisation et chloration de l'eau, hâtent le développement des services de santé publique à tous les échelons de gouvernement.

20. Au début, la municipalité sert d'unité fonctionnelle de base; plus tard, les « unités sanitaires » œuvrent sur un territoire qui peut englober plusieurs municipalités. On assure ainsi des services permanents avec un personnel à plein temps sur l'ensemble du territoire habité. La province fournit uniquement l'aide financière et les services consultatifs et techniques nécessaires. Cependant, dans toutes les provinces sauf l'Ontario, les services locaux, à l'exception de ceux des grandes municipalités, perdent leur autonomie et tombent sous la juridiction provinciale.

21. En 1919, le gouvernement fédéral crée un ministère de la Santé dont les responsabilités s'élargissent pour comprendre les soins au personnel des forces armées, aux Indiens et aux Esquimaux. En 1921, il adopte des lois sur la vente des aliments et des stupéfiants et fonde un laboratoire d'hygiène.

22. Depuis 1948, ce ministère accorde des subventions aux services de santé publique des provinces pour l'expansion de leurs programmes, la formation professionnelle et technique du personnel, la recherche dans le domaine de la santé publique et la construction d'hôpitaux.

23. Après la Seconde Guerre mondiale, tout comme en Europe, les soins préventifs individuels prennent une importance grandis-

sante. Certaines provinces, comme la Saskatchewan et la Colombie-Britannique, ajoutent les soins à domicile. Plus récemment, les grandes municipalités des autres provinces suivent cet exemple.

24. La Saskatchewan et le Manitoba, notamment, donnent beaucoup d'ampleur à leurs services de santé publique et les régionalisent. Sans aller jusque-là, l'Ontario entre dans une phase de restructuration dont l'objectif principal est d'accroître l'efficacité du personnel de ses « unités sanitaires » en les groupant en unités territoriales plus vastes afin de desservir des bassins de population plus importants.

25. Devant l'instauration imminente de l'assurance-maladie, la nécessité d'une coordination entre les multiples services de santé à caractère local apparaît encore avec plus d'urgence. La redéfinition des objectifs des services de santé publique s'impose autant que leur réorganisation administrative au sein des autres services de santé.

B. — L'AVÈNEMENT DE L'ASSURANCE-MALADIE

26. Tandis qu'aux États-Unis on s'est limité jusqu'à maintenant à offrir un régime universel de soins hospitaliers et médicaux à certaines classes de la population plus démunies et plus vulnérables¹, le Canada, à l'instar des régimes européens d'assurance-maladie, a, dès le départ, opté pour le principe de l'accès universel aux soins².

27. Après diverses tentatives infructueuses des provinces et du gouvernement fédéral, la Saskatchewan inaugure en 1947 le premier régime public d'assurance-hospitalisation de toute l'Amérique du Nord. Deux ans après, la Colombie-Britannique, l'Alberta et Terre-Neuve imitent la Saskatchewan. Toutefois, ce n'est pas avant 1956 que le gouvernement fédéral présente une législation d'assurance-maladie qui s'étend initialement à l'hospitalisation et aux services de diagnostic³. La loi entre en vigueur le 1^{er} juillet 1958 avec la participation de cinq provinces, les autres ayant signé un accord de principe. Le 1^{er} janvier 1961, l'assurance-hospitalisation est instaurée au Québec, dernière province à se prévaloir de cette mesure. On estime

¹ *Hospital Survey and Construction Act* (Hill-Burton Act), P. L. 79-725, 1946; *Social Security Amendments of 1965*, P. L. 89-97, 1965; *Comprehensive Health Planning Act*, P. L. 89-749, 1966; *Partnership for Health, Amendments of 1967*, H. R. 64-18, 1967.

² Frederick D. Mott : « Medical Services Insurance : the next phase in Canada's national health program », *Medical Care Review*, août 1967, vol. 24, N° 7, pp. 521-536, et septembre 1967, vol. 24, N° 8, pp. 615-643.

³ Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques, S.C. 1957, chap. 28.

actuellement que 99.3 pour cent des Canadiens ont droit aux prestations de l'assurance-hospitalisation.

28. Tout comme aux États-Unis, l'assurance-maladie privée a joué un rôle majeur dans la protection des Canadiens contre l'insécurité engendrée par la maladie. Depuis 1940, une multitude de régimes apparentés aux régimes américains, telles les assurances médicales, l'assurance commerciale et les mutuelles, se sont partagé le marché des soins.

29. En 1965, environ la moitié des Canadiens bénéficient de prestations plus ou moins étendues en vertu de ces assurances, alors que les Américains sont assurés dans une proportion de 75 pour cent. Les régimes canadiens offrent cependant une protection plus étendue que ceux d'outre-frontière.

30. Pourtant, conscients des limitations de l'assurance-maladie privée, certains gouvernements provinciaux commencent, dès la fin de la Seconde Guerre mondiale, à offrir des régimes de soins médicaux à la population. La Saskatchewan instaure, en 1946, un régime d'assurance-maladie pilote pour la région de Swift Current. Pendant ce temps, Terre-Neuve accorde aux enfants de moins de seize ans des prestations complètes d'assurance-maladie.

31. Néanmoins, c'est en 1962 seulement que la Saskatchewan établit un régime universel d'assurance-maladie à caractère public. En 1963, l'Alberta étend le domaine de l'assurance-maladie en facilitant l'accès des citoyens à l'assurance privée. L'Ontario procède de la même façon en rendant l'assurance privée accessible à tous ses résidents non assurés ou inadmissibles selon les barèmes des compagnies. La Colombie-Britannique inaugure en 1965 un régime d'assurance-maladie pour la population à faible revenu et pour ceux qui n'ont pas adhéré à l'assurance privée.

32. En décembre 1966, le Parlement du Canada vote une loi importante qui doit assurer à tous les Canadiens l'accès aux soins médicaux : la Loi sur les soins médicaux¹. À la même date, le Parlement fédéral adopte le régime d'assistance publique du Canada², en

¹ Loi sur les soins médicaux, *S.C. 1966-1967*, chap. 64. Cette loi est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 1968. Soulignons également qu'afin d'appuyer le développement du régime d'assurance-frais médicaux le Parlement du Canada a adopté en 1965 la Loi sur la Caisse d'aide à la santé (*S.C. 1966-1967*, chap. 42), qui a été sanctionnée le 11 juillet 1966.

² Régime d'assistance publique du Canada, *S.C. 1966-1967*, chap. 45.

vertu duquel le gouvernement fédéral s'engage à payer la moitié du coût des soins médicaux ou autres donnés aux assistés sociaux et à leurs personnes à charge en vertu de régimes provinciaux d'aide médicale. Sous cet aspect, ce régime correspond à celui du *Medicaid* américain. Cependant, les provinces canadiennes sont plus pressées que certains États américains à mettre en application le régime d'assistance publique proposé par leur gouvernement fédéral respectif. On prévoit que les provinces qui adhèrent au régime fédéral d'assurance-maladie intégreront leurs régimes d'assistance médicale au régime universel et que les prestations offertes à ce titre le seront désormais en vertu de l'assurance-maladie.

33. Lorsque toutes les provinces auront adhéré au régime fédéral d'assurance-maladie, les deux tiers environ des soins seront payés à même les impôts, par le canal de l'assurance gouvernementale. La proportion atteindra même 80 pour cent si on ajoute les soins déjà donnés gratuitement dans les hôpitaux aux tuberculeux et aux malades mentaux.

34. Ce bref exposé de la législation sur l'assurance-maladie démontre que les gouvernements au Canada cherchent à favoriser l'accès à des soins de plus en plus complets pour l'ensemble des citoyens. En effet, la prospérité des pays modernes dépend dans une large mesure de l'amélioration de l'état de santé de leurs habitants.

II. — LA SITUATION AU QUÉBEC ¹

35. Jusqu'au XX^e siècle, la santé demeure au Québec un problème individuel. Ainsi, sous le Régime français, chaque famille pourvoit à l'entretien de ses infirmes et de ses malades, de ses vieillards et de ses orphelins. En général, cette prise en charge de certaines personnes, dans les domaines de la santé et du bien-être, donne lieu à une organisation sociale de type communautaire qui ne dépasse pas le cadre de la paroisse. Toutefois, en dehors de la famille et de la paroisse, les soins et les services de santé et de protection sociale sont confiés aux communautés religieuses, au clergé et aux hôpitaux. On ne compte pendant longtemps que trois hôpitaux : l'Hôtel-Dieu de Québec (1639), l'Hôtel-Dieu de Montréal (1644) et l'Hôpital général de Québec (1692).

¹ Pour une étude plus approfondie de la situation au Québec, voir l'annexe 2 de notre rapport, *op. cit.*

36. Cinquante ans après la fondation de Québec par Samuel de Champlain, « Jean Madry obtenait du premier barbier et chirurgien du roi, qui était en même temps prévôt honoraire et à perpétuité du collège royal de Saint-Côme, dans l'Université de Paris, non seulement des lettres de maître chirurgien-barbier pour lui-même, mais aussi le pouvoir d'établir au Canada la maîtrise et chef-d'œuvre de barbier-chirurgien en tous lieux, villes, villages, bourgs, bourgades de la Nouvelle-France, afin, dit ce prévôt, que les passants, allants et séjournants puissent mieux et être sûrement servis, pansés et médicamentés en cas de besoin et nécessité ¹ ». Paris entendait assurer aux colons des rives du Saint-Laurent les soins médicaux essentiels. « À Ville-Marie, nous dit l'auteur de l'*Histoire de la faculté de Médecine de Laval*, les *Associés de Montréal* édictent un règlement prescrivant que le chirurgien de l'Hôtel-Dieu servira gratuitement tous les habitants de l'île, tant français que sauvages. » On établit un contrat en conséquence. Ainsi, « Étienne Bouchard devient médecin de l'État auprès des familles à la condition que celles-ci s'abonnent. En moins d'un mois, quarante-six familles se prévalent de l'offre ² ». C'est sans doute la première assurance contre le coût des soins médicaux. Il en coûte à la famille abonnée cent sous que verse au soignant (le chirurgien-barbier) le chef de famille. Le père, la mère et les enfants nés ou à naître, grâce à cette cotisation, reçoivent tous les soins requis, et cela gratuitement. Toutefois, dans l'état actuel de nos connaissances ³, en Nouvelle-France, de 1608 à 1763, il n'y eut que trois véritables médecins: ce sont Jean de Bonamour, Michel Sarrazin de l'Estang et Antoine Briault.

37. « Malgré les difficultés des temps, durant toute la période française, gouverneurs, intendants et chirurgiens, semble-t-il, se sont unis pour assurer à la population des soins convenables et veiller à ce que ceux qui exerçaient médecine et chirurgie soient compétents dans la mesure où les sciences médicales et chirurgicales de l'époque autant que les circonstances de temps et de lieux le permettaient. À maintes reprises, les gouvernants de la Nouvelle-France émettent des ordonnances réglementant l'exercice de la médecine et de la chirurgie ⁴. » La Nouvelle-France qui, en 1658, compte à peine une population équivalente à celle d'un gros village de notre époque, bénéficie déjà d'un corps médical organisé tout comme en France. En effet, le chirurgien-barbier Jean Madry reçoit cette année-là tous les

¹ Charles-Marie Boissonnault : *Histoire de la faculté de Médecine de Laval*, Les Presses de l'université Laval, Québec, 1953, pp. 34-35.

² *Ibid.*, p. 35.

³ *Ibid.*, p. 54, voir note 5.

⁴ *Ibid.*, pp. 54-55.

pouvoirs requis, pouvoirs qui lui sont délégués par « François de Bardoin, Conseiller du Roi, son premier barbier, et chirurgien ordinaire de Sa Majesté, garde des chartes, statuts, privilèges et ordonnances royaux, faits de toute antiquité, sur l'art et état de maître barbier et chirurgien, par tout le royaume de France, confirmés par le Roi, aprésent régnant, et prévôt honoraire et perpétuel du collège royal de *Saint-Côme*, en l'Université de Paris, qui lui transmet ses pouvoirs ». La commission confère à Jean Madry une autorité entière sur les hommes de l'art. En d'autres termes, « la surveillance des chirurgiens et des médecins en Nouvelle-France, l'examen de leurs titres, la vérification de leurs connaissances et de leur compétence relèvent du lieutenant du premier chirurgien du roi. Jean Madry, Jean Demosny, Michel Sarrazin, Jourdain Lajus ont rempli ces fonctions ¹ ».

38. Au moment où la Nouvelle-France devient colonie anglaise, la recherche scientifique amorcée par Michel Sarrazin est sur le point de se développer sous l'impulsion que lui ont donnée Jean-François Gaultier et le marquis de la Galissonnière. À cette époque, selon Ivanhoë Caron, « la province de Québec renfermait cent dix paroisses disséminées sur les deux rives du Saint-Laurent ² ». Dix ans après la signature du Traité de Paris éclate l'une des pires épidémies qui aient eu lieu en Canada, épidémie d'une affection connue sous le nom de *mal de baie Saint-Paul* et dont le chirurgien Philippe-Louis-François Badelert nous a laissé une description éloquente. Il s'agit de la syphilis répandue à l'état aigu dans presque toute la province. Cette épidémie fait des ravages dans tout le Québec pendant quelque vingt ans.

39. Le 18 janvier 1819 s'ouvre à Québec un établissement auquel on donne le nom de *dispensaire de Québec*. En réalité, c'est une sorte d'école de médecine et, en même temps, un organisme de bienfaisance destiné aux « pauvres et aux émigrés malades et indigents ». L'établissement, qui reçoit environ 25 malades par mois, cesse de prodiguer des soins au bout d'une quinzaine de mois ³.

40. Quoi qu'il en soit, parmi les forces qui ont contribué au maintien de l'assistance traditionnelle au sein de la famille aussitôt après la Conquête, il faut au premier chef souligner le rétablissement, en 1774, du droit civil français qui reconnaît des droits et impose des devoirs aux membres de chaque famille envers leurs proches. Le

¹ *Ibid.*

² Ivanhoë Caron : *La colonisation de la province de Québec, débuts du régime anglais, 1760-1791*, L'Action sociale, Québec, 1923, p. 25.

³ Charles-Marie Boissonnault : *op. cit.*, pp. 88-89.

droit civil remet en vigueur les normes juridiques qui régissent l'organisation sociale de la famille, l'autorité paternelle et les obligations entre les membres de deux ou plusieurs générations, et garde ainsi au sein de la famille les principales responsabilités en matière de santé et de protection sociale.

41. Au début du XX^e siècle, le Québec compte une trentaine d'hôpitaux sans but lucratif, généralement propriétés de communautés religieuses ou d'organismes philanthropiques privés. La plupart de ces hôpitaux ont été construits au cours du siècle précédent. Entre les années 1900 et 1940, le nombre d'hôpitaux sans but lucratif a plus que triplé au Québec. À cet égard, deux faits importants retiennent l'attention. Grâce aux communautés religieuses, les régions les plus éloignées du Québec sont dotées de lits d'hôpitaux. Puis, en 1921, par la Loi sur l'assistance publique, l'État finance les coûts d'immobilisations et certaines dépenses de fonctionnement des établissements qui offrent des soins aux indigents. Cette législation soutient efficacement l'action de la charité privée et des communautés religieuses.

42. « L'Assistance publique, par ses subventions nombreuses, a fait surgir des hôpitaux dans tous les coins de la province, a contribué à l'outillage moderne de ces maisons, a fondé des hôpitaux spéciaux pour convalescents, malades chroniques et incurables, a multiplié les sanatoria, a modernisé nos crèches, nos orphelinats et nos hospices, a permis à de nombreuses organisations sociales, sociétés charitables, gouttes de lait, assistances maternelles, fédérations d'hygiène infantile, œuvres de patronage de toutes sortes, de naître, de grandir, de prospérer et mieux encore, d'abriter, de secourir, d'éduquer, de sauver. Tout ceci n'est pas sans influence sur la santé provinciale ¹. »

¹ Association canadienne de la santé publique : *Trentième congrès annuel*, Québec, 9-10 et 11 juin 1941, p. 325. Travail présenté par le chef de la Division de l'assistance publique, le docteur Antonio Bossinotte. Et il ajoutait : « Demandez au Comité de défense contre la tuberculose quelle est notre contribution pour essayer d'assainir, d'épurer notre province. L'an dernier, un million et plus a été dépensé pour l'hospitalisation des tuberculeux, guérissant ainsi bien des malades et protégeant d'innombrables contacts. Demandez aussi au colon nécessiteux ce qu'il pense de notre service médical et hospitalier, et de notre concours pour traiter ses enfants, guérir son épouse et conserver ainsi l'intégrité de son foyer, misérable peut-être, mais éminemment précieux tout de même. Demandez encore au cancéreux pauvre si nous lésinons sur l'emploi du radium. Enfin, enquêtez auprès de centaines de milliers d'anciens malades, hospitalisés, réparés, refaits, retouchés, ranimés, ressuscités grâce à l'Assistance publique, si leur retour à la maison n'a pas contribué à conserver le capital humain, à favoriser l'épanouissement de la famille, que Lacordaire appelle le plus admirable des gouvernements. »

43. L'histoire rappelle que pendant longtemps les établissements hospitaliers furent réservés aux malades indigents, aux déficients ou aux malades mentaux. Mais, les progrès de la science médicale ont favorisé une plus grande utilisation des établissements hospitaliers. L'instauration, en 1961, d'un régime d'assurance-hospitalisation, sans oublier l'influence exercée par la plupart des régimes d'assurance privés, a également contribué à ces transformations.

A. — LA SANTÉ PUBLIQUE

44. Au Québec, les initiatives en matière de santé publique ont d'abord consisté, au niveau local, dans l'établissement de bureaux de santé municipaux. Le gouvernement provincial ne tarde pas à emboîter le pas puisque, par la suite, il adopte diverses mesures législatives et crée divers organismes ou services dont la vocation première est de promouvoir la santé publique. Signalons aussi l'initiative de certains services de soins à domicile et d'organismes de santé privés.

1. — LES BUREAUX DE SANTÉ MUNICIPAUX

45. En dehors des villes de Montréal et de Québec, les services de santé se développent très lentement. Le premier bureau municipal permanent de santé naît au Québec en 1840. Pendant près d'un demi-siècle, ces organismes municipaux s'occupent surtout de salubrité publique : surveillance des aqueducs et des égoûts, inspection des aliments, des établissements communautaires et des édifices commerciaux. En dehors des maladies contagieuses, les soins personnels relèvent de la compétence des médecins et des établissements charitables. L'action des organismes municipaux de santé dans les domaines de l'hygiène maternelle et infantile, de l'hygiène mentale, de la nutrition et des soins dentaires ne commence qu'au XX^e siècle.

46. La première tentative d'intégration des organismes municipaux de santé remonte à 1910, lorsque le gouvernement québécois décide de diviser le territoire du Québec en dix districts sanitaires. Quelque vingt ans plus tard, la loi de 1933 établit les « unités sanitaires », qui regroupent par comté la majorité des bureaux municipaux. Aujourd'hui, on ne compte plus au Québec qu'une quinzaine de services de santé municipaux situés pour la plupart dans les régions de Montréal et de Québec.

2. — LES INITIATIVES PROVINCIALES

47. La diphtérie, la variole et les maladies infantiles font d'innombrables victimes au cours du XIX^e siècle dans la province de Québec. L'épidémie de variole de 1885-1886 est l'événement majeur qui précipite l'intervention du gouvernement du Québec en matière de santé publique. L'année suivante, celui-ci adopte la Loi sur l'hygiène¹ qui rend obligatoire la création de bureaux d'hygiène dans chaque localité. En 1891, ces bureaux existent dans 839 municipalités. Pour diriger la mise en œuvre de cette législation, le gouvernement québécois instaure, en 1887, le Conseil supérieur d'hygiène dont la vocation est de déceler, à partir des statistiques démographiques, la cause et la propagation des diverses maladies, d'établir des règlements antipollution et de surveiller la formation des bureaux d'hygiène municipaux. En 1922, l'État jette les bases d'un système de prévention des maladies et remplace le Conseil supérieur d'hygiène par le Service provincial d'hygiène².

48. De 1923 à 1927 et durant les années qui suivent, l'organisme provincial qui porte tour à tour le nom de *Conseil supérieur d'hygiène* et celui de *Service provincial d'hygiène* subit des transformations radicales. Le temps vient d'en faire un organisme dont les structures sont constituées en fonction des connaissances scientifiques de l'époque. Il faut que toute la population du Québec ait accès aux avantages qu'offre alors la médecine préventive. Le Service se compose donc de structures administratives et scientifiques qui fonctionnent pour un usage déterminé : démographie, laboratoire, épidémiologie, bureaux de santé (improprement appelés « unités sanitaires »), hygiène industrielle, etc. Des médecins entrent au service de l'État qui les envoie dans les grandes universités des États-Unis (Harvard, John Hopkins) pour s'initier à la discipline particulière du service auquel ils seront affectés. Un peu plus tard, d'autres médecins vont se spécialiser à l'École d'hygiène de Toronto, et se préparent ainsi à diriger les nouvelles « unités sanitaires ». Toutefois, avant d'agir, il faut connaître le terrain. Aussi crée-t-on un service de démographie. Établi à la suite d'une entente intervenue entre le gouvernement fédéral et la province, ce service compile d'une façon uniforme les statistiques démographiques indispensables à toute étude sociale ou sanitaire. On sait que l'enregistrement des naissances au Québec remonte aux premiers temps de la colonie et que c'est le seul pays au monde qui possède depuis ses débuts un relevé aussi complet du

¹ Loi d'hygiène, S.Q. 1886-1887, chap. 38.

² Loi du Service provincial d'hygiène, S.Q. 1922, chap. 29.

mouvement de sa population. En 1894, le Conseil d'hygiène avait organisé un premier laboratoire, le laboratoire de bactériologie; en 1897, naissait un laboratoire de chimie. En 1910, on transforme ce service de façon qu'il réponde aux exigences scientifiques de l'époque ainsi qu'aux besoins de la population qui s'accroît avec les conséquences que l'on devine. En 1920, on crée un laboratoire de sérologie. La même année, le bureau d'hygiène devient un organisme gouvernemental. En 1928, nouvelle réorganisation. On crée quatre sections : le laboratoire de diagnostic bactériologique, le laboratoire de chimie et de contrôle sanitaire, le laboratoire de sérologie et ce que l'on appelle « la section de service ». Le nombre des examens donne une idée du développement et du travail qui s'accomplit dans cet organisme indispensable à la surveillance et à la prévention : en 1928, 57,232 examens; en 1940, 285,081 examens; en 1945, 535,314 examens.

49. Quand tout va bien, qu'il s'agisse de la santé publique ou de toute autre chose, nul ne s'inquiète. Mais, qu'il survienne un accident et tout le monde s'émeut et parle d'incurie. Dans le domaine de l'hygiène, les épidémiologistes ne se lassent de le répéter : il faut une bonne épidémie pour faire comprendre aux populations la nécessité de se protéger. Alors, les gouvernements sont munis d'arguments pour convaincre les gens de l'importance de la lutte contre les maladies infectieuses. Deux épidémies de typhoïde survenues à Montréal, l'une en 1909 et l'autre en 1927, en témoignent éloquemment. En effet, c'est à la suite de l'épidémie de typhoïde de 1927 que l'on confie la surveillance des usines de pasteurisation aux spécialistes de la division du génie sanitaire (salubrité publique). Cette division avait été créée en 1909, à la suite de la première épidémie de typhoïde, et placée sous la direction d'un ingénieur sanitaire qui allait au cours des années devenir, en matière de salubrité publique, une autorité reconnue non seulement au Québec, mais dans toute l'Amérique du Nord. À compter de cette époque, certaines villes se dotent de centrales de filtration et de traitement de l'eau. L'ingénieur sanitaire du Bureau de santé a la haute main sur toutes les installations d'aqueducs et d'usines. Dans un rapport paru dans le *Bulletin sanitaire* de mai-août 1947, on peut lire ceci : « ... nous avons maintenant dans la province 68 usines de filtration, desservant 98 municipalités avec une population de 1,500,000 âmes. Nous avons aussi 116 municipalités dont l'eau est chlorée ».

50. En 1924, le Parlement du Québec vote la Loi relative à la tuberculose et à la mortalité infantile¹. Cette législation prévoit, sur

¹ Loi relative à la tuberculose et à la mortalité infantile, S.Q. 1924, chap. 21.

tout le territoire québécois, l'établissement de dispensaires antituberculeux et de consultations de puériculture. On doit reconnaître dans cette législation l'une des premières tentatives faites par l'État pour assurer à la population les soins préventifs et curatifs nécessaires à la lutte contre la mortalité infantile, considérable à cette époque.

51. À la suite de cette même épidémie majeure de typhoïde à Montréal en 1927, on ajoute au Service provincial d'hygiène une Division de l'épidémiologie. Et, en 1930, les autorités provinciales forment une équipe de cliniciens ambulants qui, à l'aide d'appareils de rayons X, dépistent la tuberculose dans toutes les municipalités.

52. La Loi concernant les « unités sanitaires », promulguée en 1933¹, apparaît comme une mesure d'importance destinée à favoriser l'accès de la population aux soins préventifs. C'est à la suite d'enquêtes tenues au Québec sous les auspices de la Fondation Rockefeller que le gouvernement adopte le système des « unités sanitaires » qui desservent les populations rurales et semi-urbaines. On compte actuellement 73 « unités sanitaires » dans les 77 comtés ruraux, y compris les municipalités urbaines qui en font partie, et les comtés urbains des villes de Trois-Rivières et de Laval.

53. On subdivise assez souvent les activités d'un organisme d'hygiène publique de la façon suivante : direction et administration, démographie, maladies contagieuses ou infectieuses, hygiène de l'enfance, alimentation, hygiène dentaire, hygiène mentale, salubrité, hygiène industrielle, laboratoire, enseignement de l'hygiène. Telles sont les grandes lignes de l'organisation du ministère de la Santé. Après la création des organismes dont nous parlions ci-dessus, le Service d'hygiène continue de se développer. Le Québec prenant un essor remarquable sur le plan économique éprouve le besoin de créer un service d'hygiène industrielle. On le crée au début des années trente : c'est la Division de l'hygiène industrielle que dirige un spécialiste dûment diplômé en la matière. « En 1932, écrivait en avril 1947 le docteur François J. Tourangeau, directeur de cet organisme, il y avait dans la province 16 inspecteurs préposés à l'application de la loi sur les établissements industriels et dont les fonctions relevaient du ministère du Travail de la province. Leur travail consistait, comme c'est encore le cas aujourd'hui, à surveiller les conditions sanitaires générales des établissements industriels et à prendre les mesures nécessaires pour prévenir les accidents. La Loi sur l'hygiène publique conférait en même temps au ministère de la Santé l'autorité

¹ Loi des unités sanitaires, maintenant reproduite dans *S.R.Q.* 1964, chap. 162.

nécessaire pour faire des règlements destinés à protéger la santé des ouvriers¹. » À la suite d'une enquête conduite par la Commission des assurances sociales, le gouvernement établit une division de l'hygiène industrielle (1936). Deux ans plus tard, on crée un laboratoire d'hygiène industrielle. On conduit une première enquête dans 3,300 établissements représentant un effectif ouvrier de quelque 146,000 travailleurs. Ce service, d'après l'énumération de ses fonctions, agit à la manière d'un conseiller médical et technique auprès de la Commission des accidents du travail, du ministère du Travail et du ministère des Mines. Un service médical et technique d'hygiène industrielle et un service d'inspection des campements forestiers relèvent de cet organisme. Il réglemente les produits toxiques, surveille les industries chimiques, en un mot assure la protection de la santé des ouvriers dans les fabriques et les industries.

54. La même année, on crée une division de l'hygiène alimentaire qui prend le nom de Service de la nutrition et de l'hygiène maternelle et infantile. En collaboration avec les « unités sanitaires », ce nouvel organisme répand les notions d'hygiène alimentaire et lutte, en particulier, contre la mortalité infantile dont l'une des principales causes est la malnutrition chez la mère et chez l'enfant.

55. Antérieurement, soit en 1931, on avait confié à un médecin hygiéniste, diplômé en épidémiologie de l'université Harvard, la direction d'une nouvelle division, celle de l'épidémiologie. Il s'agissait d'un service destiné à répandre la vaccination et l'immunisation dans toute la province, à combattre et à prévenir les épidémies, à diminuer l'infection et à procéder à des études statistiques et scientifiques sur l'état de la population au point de vue infectieux.

56. Les bureaux d'hygiène publique ne fonctionnent pas sans le concours des infirmières hygiénistes. Les infirmières hygiénistes constituent réellement la cheville ouvrière de ces organismes, que ce soit à l'échelon fédéral, provincial ou municipal. La visite à domicile, la visite prénatale, la visite après l'accouchement, la consultation de puériculture, l'hygiène préscolaire, l'enseignement de l'hygiène dans les écoles, la prévention des maladies infectieuses, la surveillance des contagieux, l'assistance maternelle, l'hygiène dentaire, le dépistage des diverses maladies, le service social, la consultation antituberculeuse sont autant de domaines où l'infirmière hygiéniste apporte ses

¹ F. J. Tourangeau : « La Division de l'hygiène industrielle » *Bulletin sanitaire*, mars-avril 1947, vol. 47, N° 2, p. 35. Voir également : Bertrand Bellemare : « L'Hygiène industrielle, sauvegarde du capital humain », *Bulletin sanitaire*, loc. cit., pp. 46-49.

lumières, son intelligence, son dévouement, son entregent et sa sollicitude. Les « unités sanitaires » en ont largement bénéficié.

57. Le Service provincial d'hygiène créé en 1922 fait place, en 1936, au ministère de la Santé et du Bien-être social¹ dont la tâche principale est de veiller à l'administration et à l'application des lois d'hygiène et d'assistance publique. Par la suite, en 1944, ce ministère, libéré d'une partie de ses responsabilités en matière de bien-être social, prend le nom de ministère de la Santé.

58. Pour seconder le travail du personnel des « unités sanitaires » et, en général, pour améliorer l'état de santé de la population, le ministère de la Santé institue un certain nombre de services spécialisés, comme, en 1941, une Division des hôpitaux pour malades mentaux. Pendant plus de vingt ans, les fonctions de cette division se résument à recevoir et à colliger les statistiques fournies par les établissements psychiatriques. Pourtant, à partir de 1945, le ministère de la Santé assume presque en totalité le paiement des frais d'hospitalisation dans les asiles d'aliénés. Toutefois, à la suite de sévères critiques formulées à l'égard de ces asiles, le gouvernement institue, en 1961, la Commission d'étude des hôpitaux psychiatriques. Pour faire suite au rapport de cet organisme en 1962, le ministère de la Santé crée la Division des services psychiatriques, devenue récemment la Direction générale de la psychiatrie et de l'hygiène mentale, dont l'objet principal est d'organiser et de régionaliser la distribution des soins, d'élaborer des normes de soins et d'en surveiller l'application, de fournir aux établissements les ressources financières nécessaires et, enfin, de promouvoir la formation d'un personnel spécialisé. Des progrès notables dans l'organisation et la régionalisation des soins psychiatriques ont depuis été réalisés. Il en est de même en ce qui a trait à la formation d'un personnel compétent grâce à l'instauration d'un régime de bourses qui stimule au plus haut point la formation de bon nombre d'étudiants.

59. Il est bon de souligner également que dès 1948 le ministère de la Santé a pris à sa charge l'hospitalisation gratuite de tous les tuberculeux.

3. — LE SERVICE DE SANTÉ DE LA VILLE DE MONTRÉAL

60. Si quelques villes ont voulu conserver leur autonomie, il convient, croyons-nous, de résumer le plus brièvement possible ce que la

¹ Loi concernant le Département de la Santé et du Bien-être social, *S.Q.* 1936, chap. 29.

métropole canadienne fait pour la santé publique. Le docteur Adé-
lard Groulx, qui fut pendant plus d'un quart de siècle directeur du
Service de santé de la ville de Montréal, en a publié un aperçu dans
les comptes rendus du Trentième congrès annuel de l'Association
canadienne de santé publique tenu à Québec les 9, 10 et 11 juin 1941.

61. Convaincre une population de la nécessité de l'hygiène et de la
prévention n'est pas une mince tâche. Il a fallu une épidémie de
variole (1885) pour décider la population à se faire vacciner contre
la variole et plus tard contre la diphtérie. Heureusement que cette
vaccination était gratuite. Il a fallu également des consultations
gratuites pour convaincre les parents de préserver les nourrissons de
la gastro-entérite « qui était au début du siècle la cause principale
des décès de la première enfance ». Le docteur Groulx poursuit en
ces termes : « Avant 1869, tout ce qui concernait la santé de notre
ville dépendait d'un bureau d'hygiène soumis à l'autorité des comités
municipaux de la police et de la santé. En 1876, le bureau de santé
est organisé sur de nouvelles bases et, le 21 décembre, on adopte à
cet effet le règlement n° 105. C'est l'origine légale de la forme perma-
nente du Service de santé de Montréal. À cette époque, il semble que
les activités du service se limitaient à la salubrité et à un certain
nombre de mesures se rapportant aux maladies contagieuses. Le
Service de santé a connu un plus grand essor en 1918 quand il a été
réorganisé selon un programme qui comprenait huit divisions qui
sont devenues la base de l'organisation actuelle. L'une des premières
lutttes entreprises fut contre la variole en 1885 par la vaccination
obligatoire. Résultat : la variole est disparue à Montréal; pas un seul
décès attribuable à cette affection depuis 1918 et pas un seul cas
depuis 1930. À partir de 1908 et de 1912, le Service de santé de la
métropole surveille étroitement les sources d'alimentation, ce qui
exige l'inspection du lait et des manipulations qu'il subit entre le
point de production sur les fermes et celui de la consommation, l'ins-
pection des viandes dans les abattoirs et les étaux de boucherie,
l'inspection des épiceries, restaurants et boulangeries. C'est également
ce que font les inspecteurs des « unités sanitaires » de la province.
De nos jours, l'examen médical des manipulateurs d'aliments, des
coiffeurs, des masseurs, des barbiers est obligatoire. Parmi les mes-
ures sanitaires d'ordre général qui ont joué un grand rôle dans la lutte
contre la fièvre typhoïde, la tuberculose et les affections intestinales
de l'enfance, citons, écrit encore le directeur du service, la filtration
de l'eau de boisson à partir de 1912, l'inspection du lait inaugurée en
1887, la réglementation plus sévère de la production et de la pasteu-
risation en 1925. Toutes les exigences de l'hygiène sont prises en
considération. Ce sont elles qui inspirent l'administration et l'orien-

tation du service depuis la mortalité infantile et l'inspection médicale des institutions d'enseignement, depuis les visites à domicile jusqu'aux consultations dentaires. Les problèmes sanitaires d'une ville varient selon les parties qui la composent et la population qui l'habite. Les mesures à prendre ne sont pas les mêmes et doivent varier selon le caractère ethnique de la population, ses besoins et ses problèmes. »

4. — LES ORGANISMES DE SANTÉ PRIVÉS

62. L'initiative de la collectivité, qui s'est manifestée par un éventail imposant d'organismes privés, indique que la population du Québec n'est pas restée indifférente aux problèmes de santé. En général, ces organismes privés ont joué un rôle de suppléance en concentrant leurs efforts dans des domaines peu ou mal couverts par les interventions de l'État et les initiatives individuelles. Ce fut le cas, en particulier, des régimes de soins à domicile organisés dans les grands centres par d'importantes compagnies d'assurances faisant affaires au Québec.

63. On dénombre actuellement au Québec plusieurs dizaines d'organismes privés ayant pour principale préoccupation le domaine de la santé. Certains de ces organismes s'intéressent surtout aux questions de santé publique telles que santé mentale, tuberculose, hygiène dentaire, alcoolisme ou, encore, sécurité. D'autres organismes se dévouent dans le champ de la réadaptation des aveugles, des enfants arriérés et inadaptés, des personnes atteintes de paralysie cérébrale ou de poliomyélite. Tous ou la plupart, en plus des pressions qu'ils exercent sur les pouvoirs publics, portent une attention particulière à l'éducation du public au moyen de campagnes d'information qui sensibilisent la population.

64. En dépit de ces initiatives de l'État québécois et des organismes privés, on est loin de pouvoir assurer à tous les citoyens une protection efficace de leur santé et l'accès à des soins de qualité. L'amélioration de la santé nécessite la systématisation des soins et des mesures de salubrité. L'adoption d'une politique globale a connu un long cheminement dont voici les principales étapes.

B. — L'ASSURANCE-MALADIE

65. La première mesure adoptée par le Parlement du Québec en vue d'assurer l'accès aux soins remonte à 1879, avec la Loi régissant

les asiles d'aliénés¹. En vertu de cette loi, le gouvernement québécois et les municipalités se partagent les frais de l'hospitalisation de ces malades, quelle que soit la situation financière de leur famille. Ce n'est qu'en 1945 que le gouvernement du Québec a décidé d'assumer seul les frais d'hospitalisation dans les hôpitaux psychiatriques.

66. En 1909, le Parlement du Québec adopte une seconde mesure ayant, bien que de façon partielle, le même objectif : la Loi sur les accidents du travail². Cette loi reconnaît le principe de la responsabilité patronale envers l'ouvrier en cas d'accident et de maladie professionnelle et, grâce à des modifications ultérieures, elle oblige l'employeur à procurer au travailleur accidenté, en plus de certaines indemnités, l'assistance médicale nécessitée par son état³.

67. L'année 1921 marque une étape importante de l'évolution du Québec vers l'assurance-maladie. Avant cette date, si l'on excepte les législations touchant les malades mentaux et les personnes ayant subi un accident au travail ou atteintes d'une maladie professionnelle, les soins aux malades de toutes les classes de la société étaient financés soit par les malades eux-mêmes ou leur famille, soit par des organismes charitables. En 1921, avec l'adoption de la Loi sur l'assistance publique⁴, l'État québécois décide d'aider, par ses subventions, les établissements charitables à satisfaire aux nouveaux besoins sociaux et à s'adapter aux techniques modernes.

68. En vertu de cette loi, l'assistance financière de l'État n'est pas accordée directement aux indigents, mais aux établissements hospitaliers. Les établissements d'assistance publique bénéficient de nombreux avantages : ils peuvent toucher des subventions importantes pour construire, agrandir ou aménager leurs bâtiments. Les frais d'hospitalisation des malades indigents sont répartis également entre l'État québécois, les municipalités et les établissements charitables eux-mêmes.

¹ Loi régissant les asiles d'aliénés, *S.Q. 1879*, chap. 13.

² Loi concernant les responsabilités des accidents dont les ouvriers sont victimes dans leur travail et la réparation des dommages qui en résultent, *S.Q. 1909*, chap. 66, remplacée par *S.Q. 1928*, chap. 79 et par *S.Q. 1931*, chap. 100. Il est à noter que c'est la loi de 1931 qui établit véritablement le régime actuel des accidents du travail fondé sur la théorie du risque et non sur la faute de l'employeur.

³ Rien dans la législation du Québec n'impose aux industries d'assurer une surveillance médicalé régulière sur la santé des employés, sauf pour celles qui présentent des dangers associés à des substances nocives. Cependant, la Commission des accidents du travail peut ordonner que l'employeur, dans les industries où la chose s'impose, maintienne un service de premiers soins avec appareils locaux et médicaments appropriés. La majorité des entreprises payant cotisation à la Commission des accidents du travail possèdent un service de premiers soins.

⁴ Loi établissant le Service de l'assistance publique, *S.Q. 1921*, chap. 79.

69. À cette époque, la législation a suscité de violentes critiques de la part de certains chefs catholiques et sociaux qui craignaient qu'elle n'ouvre la porte à une ingérence politique et ne marque les débuts de l'étatisation de la charité au Québec. Pourtant cette loi ne représentait qu'un effort de réconciliation entre la charité privée et la responsabilité de l'État dans le domaine social.

70. En dépit des critiques qu'on en a faites ¹, ce fut pendant quarante ans, la seule mesure universelle qui facilita aux indigents l'accès aux soins hospitaliers; cette loi ne fut pas sans influencer profondément les modes de distribution des soins au Québec. Le régime québécois d'assistance publique fit figure de précurseur d'un système plus universel d'organisation sociale devant la maladie.

71. Pour analyser les critiques formulées à l'égard de cette mesure, le gouvernement du Québec institue, en 1941, une commission provinciale d'enquête sur les hôpitaux. Dans son rapport, publié en 1943, cet organisme propose l'instauration d'un régime général d'assurance-maladie dont les principales caractéristiques sont l'accès de tous les citoyens aux soins médicaux, quelle que soit leur situation financière; le financement à l'aide d'une contribution tripartite de l'État, de l'employeur et de l'employé; le contrôle unifié et plus efficace des services d'hospitalisation; l'établissement de normes provinciales pour l'accès aux soins médicaux; l'assurance pour le médecin du paiement d'honoraires pour les soins donnés à ses clients, que ceux-ci soient traités à domicile ou dans un établissement hospitalier.

72. À la suite de ce rapport, le Parlement du Québec adopte la même année une loi créant une commission de l'assurance-maladie ², chargée d'étudier toute la question de l'assurance-maladie et de proposer un régime applicable au Québec. Toutefois, plusieurs décès d'enfants dans des garderies alertent l'opinion publique et l'on confie à la Commission, en toute priorité, le mandat d'enquêter sur les garderies et la protection de l'enfance.

73. Par la suite, le Parlement du Québec adopte une mesure très importante pour rendre plus accessibles les soins de qualité : la loi

¹ Ces critiques visaient principalement le caractère supplétif du système proposé, dont on soulignait l'impuissance à améliorer la santé de cette partie importante de la population qui n'en bénéficiait pas. De plus, disait-on, l'assistance publique ne permettait ni la prévention de la maladie, ni l'aménagement d'hôpitaux ou de consultations à la disposition de toute la population; enfin, on s'opposait à l'enquête sur les moyens financiers de l'assisté, laquelle pouvait avoir des répercussions psychologiques et sociales des plus néfastes.

² Loi créant une commission de l'assurance-maladie, S.Q. 1943, chap. 32.

de 1951 sur les centres de diagnostic de province¹. Selon le texte de cette loi, le gouvernement peut assumer le coût de l'organisation, de la construction et de l'aménagement de centres médicaux de diagnostic aux endroits qu'il juge appropriés, faciliter l'accès de ces centres aux médecins de famille et décréter la gratuité des soins en faveur des personnes à revenu modeste. Cette législation autorise le gouvernement à octroyer à ces centres une subvention globale s'élevant à six millions de dollars, à même le fonds consolidé du revenu, durant les trois années qui suivent cette adoption. Toutefois, faute de proclamation, cette loi n'est jamais entrée en vigueur et les montants votés par le Parlement à ce titre n'ont pas été dépensés.

74. L'année 1961 marque une autre étape très importante vers l'instauration d'un régime complet d'assurance-maladie. En effet, le Québec adhère, par l'adoption de la Loi de l'assurance-hospitalisation², au régime fédéral de soins hospitaliers fondé sur le principe de la distribution universelle et uniforme des soins hospitaliers à tous les citoyens. C'est un pas de géant, car auparavant, et pour les seuls cas d'indigence, l'État n'assumait en totalité que les frais d'hospitalisation dans un hôpital pour malades mentaux ou pour tuberculeux³.

75. En 1966, le Parlement du Québec, à la suite des études du Comité de recherches sur l'assurance-santé, adopte une première mesure d'importance, outre la loi sur les accidents du travail et la loi sur l'assistance publique, pour assurer la distribution de soins médicaux et chirurgicaux à une partie de la population. Il s'agit de la Loi de l'assistance médicale⁴ en vertu de laquelle les allocataires, ainsi que leurs personnes à charge, ont droit de recevoir gratuitement les soins médicaux et chirurgicaux dont ils ont besoin. Cette loi apparaît clairement comme une première étape vers l'adoption d'une mesure plus étendue s'appliquant à tous les citoyens du Québec, quelle que soit leur situation financière.

76. Le Parlement du Canada ayant adopté en décembre 1966 la Loi sur les soins médicaux⁵, entrée en vigueur le 1^{er} juillet 1968, le Québec, à la suite du premier rapport de notre Commission⁶, an-

¹ Loi pour l'établissement de centres médicaux de diagnostic de province, *S.Q. 1951-1952*, chap. 8.

² Loi de l'assurance-hospitalisation, *S.R.Q. 1964*, chap. 163.

³ Depuis 1945, pour les malades mentaux, et depuis 1948 pour les tuberculeux.

⁴ Loi de l'assistance médicale, *S.Q. 1965-1966*, chap. 11.

⁵ Loi sur les soins médicaux, *op. cit.*

⁶ *Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social*, volume I, *L'Assurance-maladie*, Imprimeur de la Reine, Québec, 1967.

nonce son intention de participer à ce régime fédéral d'assurance-maladie à compter du 1^{er} juillet 1970. Des étapes importantes viennent d'ailleurs d'être franchies, puisque l'Assemblée nationale a adopté la Loi de la Régie de l'assurance-maladie du Québec¹ et présenté en première lecture un projet de loi sur l'assurance-maladie². Il s'agit là d'un premier pas vers l'établissement d'un régime universel de soins.

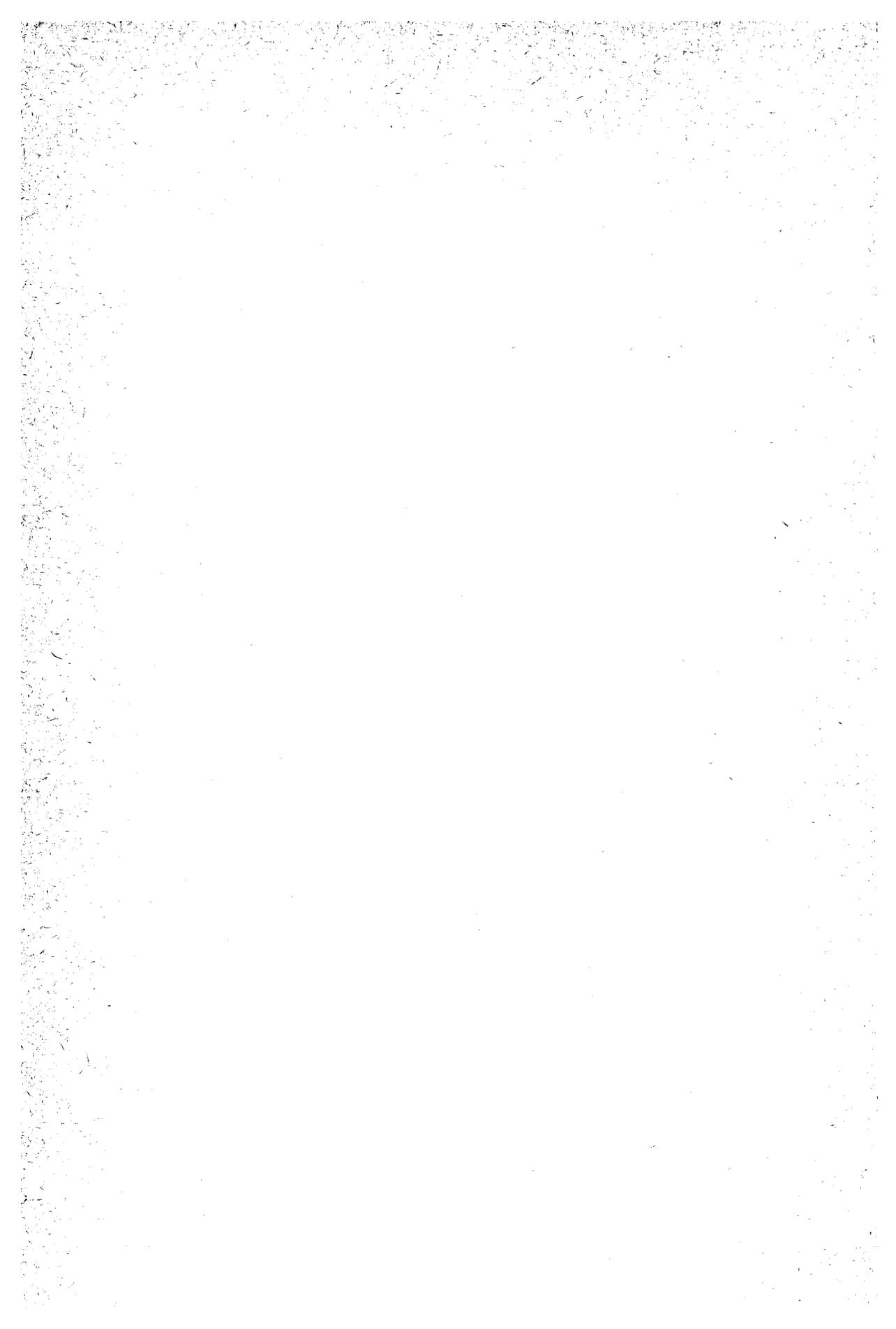
77. Les régimes de santé ont évolué sensiblement de la même façon dans les divers pays, y compris le Canada. Dans une première phase, l'accent est mis sur les programmes d'assainissement du milieu et les prestations individuelles de médecine préventive. De plus en plus, l'État accepte la responsabilité de l'amélioration de la santé de la population et élabore une politique à cette fin. La deuxième phase débute avec l'instauration de l'assurance-maladie et doit se poursuivre par la mise en place d'un régime de santé cohérent, qui tienne compte des politiques sociales et s'y intègre de façon harmonieuse.

78. En définitive, on se rend compte que partout dans le monde, en particulier au Canada et au Québec, l'État doit intervenir progressivement dans le domaine de la santé publique et de l'assurance-maladie. Le maintien de la santé de la population étant de plus en plus accepté comme une responsabilité collective, cela ne surprend guère, d'autant moins qu'il faut admettre que, sans une action vigoureuse de l'État, le droit à la santé demeurera une notion purement théorique, sans aucun contenu réel.

¹ Loi de la Régie de l'assurance-maladie du Québec, projet de loi N° 30, sanctionné le 13 juin 1969.

² Loi de l'assurance-maladie, projet de loi N° 8, 1970.

Le milieu et l'état de santé



Le milieu et l'état de santé

INTRODUCTION : L'ÉCOLOGIE HUMAINE ET LA NOTION DE MILIEU

79. De nos jours, on recourt généralement à l'écologie¹ pour rendre compte de l'influence du milieu sur la genèse des maladies. Dans leur ouvrage sur l'hématologie géographique, les spécialistes Bernard et Ruffié définissent l'écologie « comme la science qui étudie les conditions du milieu, pris dans son sens le plus large, où l'être vivant peut se développer et assurer sa descendance² ».

80. Le milieu constitue un ensemble de systèmes biologiques et de forces externes qui conditionnent le développement de l'être humain et l'influencent pendant toute son existence. « Ce que nous nommons espèce, précise Vandel, correspond à un état d'équilibre qui s'établit entre la physiologie de l'animal ou du végétal et le milieu dans lequel il vit³. »

81. L'écologie humaine repose sur le fait bien connu que la race et le biotype résultent d'une action conjuguée entre les caractères transmis héréditairement et ceux que le milieu imprime à chaque individu. Ce milieu est formé d'un ensemble complexe de facteurs où l'on peut distinguer ceux qui appartiennent au milieu physique et ceux qui relèvent du milieu ethnoculturel. Pour leur part, Bernard et Ruffié considèrent trois types de milieux ou de climats : physique, biologique et social.

82. Le climat physique est « fait essentiellement des données de la météorologie (température, humidité, précipitations, vents, etc.)⁴ ».

83. Le climat biologique est constitué des divers milieux naturels où vit l'être humain (plaine, montagne, forêt, etc.). « Régissant en

¹ « Ecology is a key word in present day health philosophy. Disease, infirmity, accidents, malformations, maladjustment can only be understood and fought if one accepts the basic idea of the never-ending battle between man and the host of pathogenic agents in his environment. » Extrait de K. Evang : « Political, National and Traditional Limitations to Health Control », *Health of Mankind*, J. & A. Churchill Ltd., Londres, 1967, pp. 196-210.

² J. Bernard et J. Ruffié : *Hématologie géographique*, Masson, Paris, 1966, tome I, p. 2.

³ Albert Vandel : « Évolution et auto-régulation », *L'Année biologique*, mars-avril 1963, vol. 2, Nos 3-4, pp. 179-197.

⁴ Bernard et Ruffié, *op. cit.*, p. 2.

partie son type d'alimentation, son genre de vie et la nature des agressions pathologiques dont l'individu est victime, l'environnement biologique est l'un des principaux facteurs déterminants de l'hématologie géographique¹. » On peut ajouter que la plupart des mesures sanitaires prises jusqu'à ce jour étaient dirigées contre certains ennemis de l'homme au sein de ce milieu biologique : bactéries, parasites, virus, etc. L'uniformisation du niveau de vie et les campagnes de prophylaxie des maladies infectieuses ont eu comme conséquence une réduction des risques biologiques encourus par les populations des pays les plus prospères.

84. La « domestication » de la nature et son utilisation à des fins industrielles s'accompagnent d'un accroissement du peuplement urbain. Une nouvelle forme d'habitat se généralise : la grande ville s'hypertrophie en englobant la campagne avoisinante. Ainsi naît la société urbaine et industrielle. Libéré des conditions naturelles par l'urbanisation et l'industrialisation, l'homme d'aujourd'hui devient de plus en plus dépendant d'autrui, c'est-à-dire du milieu social dans lequel il évolue.

85. Plus obscures et plus difficiles à quantifier que les facteurs physiques et biologiques, sont les pressions somatiques et psychiques causées par les changements culturels, les frustrations sociales et familiales, le surpeuplement et les différences de niveau de vie parmi les classes d'une même société.

86. À partir des luttes pour la survie, les problèmes du milieu jalonnent le chemin vers la santé et le bien-être optimum : il apparaît nécessaire, dans le cadre d'une première section qui traite du milieu, de limiter nos propos aux deux problèmes suivants :

- 1) détérioration et contamination des ressources naturelles : eau, air, sol, aliments ;
- 2) conditions insalubres pour le corps et pour l'esprit créées par l'urbanisation et l'industrialisation.

87. Bien que les effets les plus évidents soient ceux qui touchent aux aspects somatiques de la santé, on ne saurait ignorer les effets génétiques et les effets physiologiques ou fonctionnels, ces deux effets étant plus subtils mais non moins dangereux. Par les modifications qu'il entraîne dans le milieu où il vit, l'homme risque de produire lui-même de nouvelles maladies dont il souffrira dans l'avenir.

¹ *Ibid.*

88. L'information du public et sa participation active deviennent absolument nécessaires afin d'obtenir l'appui politique et le soutien économique indispensables à la mise en œuvre de programmes de conservation des ressources naturelles, à l'assainissement de l'air, de l'eau, du sol et à la construction d'un milieu de vie sain et sûr.

89. Lié de très près aux problèmes soulevés par la relation entre le milieu et l'état de santé d'une population, se pose celui de l'évaluation même de l'état de santé de cette population. Aussi consacrerons-nous la seconde section du présent chapitre à l'étude des principaux indices disponibles sur l'état de santé de la population québécoise.

I. — LE MILIEU ¹

90. L'homme peut contrôler ou modifier la plupart des facteurs exogènes du milieu physique et biologique. De sorte que, s'il en prend les moyens, s'il consacre au maintien d'un milieu sain, non pollué et sûr, pour ne parler que du milieu physique, toutes les ressources voulues, il peut, grâce au progrès technique, vivre dans des villes qui respecteront les espaces verts et où il ne souffrira pas de la pollution, des odeurs désagréables et du bruit.

91. Or la vérité est que nous vivons dans un milieu qui se contamine et se détériore de plus en plus, particulièrement dans les pays industrialisés. À la détérioration de l'eau, de l'air, du sol et même des aliments, s'ajoutent les conditions insalubres pour le corps et l'esprit créées par l'urbanisation et l'industrialisation.

92. À des degrés divers, mais par des processus toujours analogues, les problèmes reliés à la contamination du milieu, les difficultés soulevées par les grandes concentrations urbaines se posent au Québec comme dans les autres pays industrialisés. On doit regretter, toutefois, que, chez nous, nous n'ayons pas poussé davantage l'étude de ces phénomènes et que les données qui permettraient de mesurer, par exemple, l'ampleur de la pollution au Québec soient souvent rares, éparses et n'aient jamais fait l'objet d'une systématisation en vue d'une action directe. Faute de données suffisantes, la description qui suit apparaît sans doute bien incomplète à celui qui désire y trouver un tableau détaillé des zones de pollution au Québec.

¹ Voir l'annexe 6 de notre rapport : *Problèmes de la détérioration du milieu et de la conservation de l'environnement*, préparée par Georges S. Gantcheff. Voir également l'annexe 7 de notre rapport : *Urbanisme et aménagement du territoire en relation avec la conservation de la santé*, préparée par Georges Robert.

A. — LA POLLUTION DU MILIEU

93. Peu à peu, par le déboisement ou la destruction de la faune, l'homme agit directement sur le milieu. Indirectement, mais toujours avec la même insouciance, il transforme encore plus ce milieu — son cadre de vie — par le recours immodéré à la chimie, et principalement par l'usage inconsidéré de produits toxiques.

94. D'abord individuelles et limitées, ces actions deviennent collectives et plus étendues au fur et à mesure que s'accroissent les populations. Au facteur démographique vient s'adjoindre, à partir du XIX^e siècle, le facteur technologique. L'acquisition de puissants moyens permet une production à grande échelle là où les méthodes artisanales antérieures n'offraient qu'une activité lente et limitée.

95. Même si la question de la destruction des ressources par l'homme est complexe, on peut estimer que ces effets dévastateurs résultent de deux types d'action. Il y a d'abord les mauvaises utilisations du milieu et de ses produits, par la déforestation, l'épuisement des sols, l'assèchement des nappes d'eau, l'exploitation aveugle de la faune et de la flore. Il y a ensuite le rejet dans la biosphère de déchets industriels et domestiques, qui engendre la pollution atmosphérique, la pollution des eaux douces et des océans, la pollution radioactive et la pollution des sols.

96. De nos jours, bien que la pollution bactérienne soit encore un fléau dans la plupart des pays, on considère que, dans les pays industrialisés, les ravages causés par la pollution chimique du milieu et les problèmes de santé liés à l'urbanisation dépassent les préoccupations strictement sanitaires. Sont aussi en jeu les loisirs, les services sociaux, l'esthétique, le milieu de travail et, somme toute, la qualité même de la vie urbaine.

97. Très peu de mémoires parmi les quelque cent cinquante présentés à notre Commission ont abordé ou même mentionné le problème de la pollution du milieu. Il faut dès lors déplorer que l'opinion publique reste peu sensibilisée aux dangers de la pollution et que même le battage publicitaire des cinq ou six dernières années n'ait eu que peu d'effets sur les organismes responsables de la santé publique.

98. Or le dossier présent de la pollution ne manque pas d'inquiéter. Certains hommes de science avancent même que la survie de l'humanité peut être compromise à long terme si la contamination du milieu ambiant doit se poursuivre au rythme actuel.

99. La pollution s'accroît au point que, dans certaines villes américaines comme Los Angeles ou Chicago, elle atteint le point critique. Personne ne peut dire ce qui arrivera lorsque s'amorcera une situation irréversible.

1. — LA POLLUTION DE L'AIR

100. Les matières qui polluent l'atmosphère sont principalement les gouttelettes d'acide, les résidus solides, les gaz sulfureux et l'oxyde de carbone. Parmi les sources de pollution, signalons la combustion, à des fins industrielles ou ménagères, de l'huile, du charbon ou du gaz. L'air est fortement pollué par les gaz d'échappement des véhicules moteurs, automobiles ou diesels.

101. Les industries du pétrole, du papier, du plastique, des métaux, de la peinture et du vernis, de même que la presque totalité des industries chimiques sont parmi les plus dangereuses non seulement pour les populations environnantes mais aussi pour leurs employés. Cependant, il faut reconnaître que des progrès considérables ont été accomplis dans la protection des travailleurs contre les maladies dites professionnelles : amiantose, silicose ou autres.

a) Effets de la pollution de l'air sur l'organisme humain

102. La plupart des études épidémiologiques sur la pollution de l'air ont porté sur la relation entre l'usage du tabac et les maladies respiratoires. On estime que cette micropollution individuelle est partiellement responsable de l'indice de mortalité élevé chez le fumeur de sexe masculin de 35 à 60 ans, aux États-Unis.

103. On estime, encore aux États-Unis, que chaque année 77 millions de jours-ouvriers sont perdus par absentéisme, 88 millions de jours-ouvriers par maladie grave et 306 millions de jours-ouvriers par réduction de l'activité à cause des taux d'invalidité plus élevés chez ceux qui font usage de tabac¹.

104. Les études épidémiologiques mettent aussi en parallèle les taux de décès par maladie respiratoire entre les habitants des villes et ceux des campagnes. L'hypothèse de base repose sur la prédominance de ce « facteur urbain » : la pollution atmosphérique très

¹ U. S. Department of Health, Education and Welfare, Public Health Service Publication : *The Health Consequences of Smoking*, U. S. Government Printing Office, Washington, 1967, édition révisée, janvier 1968, N° 1696.

dense des villes. Les phénomènes aigus de pollution atmosphérique, tels que ceux de Londres, de Donora et de la vallée de la Meuse qui entraînèrent la mort de milliers de personnes, confirment cette hypothèse.

105. L'expérimentation animale, la clinique et la recherche épidémiologique démontrent que l'organisme humain affaibli par le vieillissement, la maturité précoce et une prédisposition à l'insuffisance respiratoire ne peut s'adapter à un niveau de pollution qui n'affecte pas, du moins dans l'immédiat, un organisme normal.

106. Aux États-Unis, on estime à 15 pour cent la proportion de citoyens qui souffrent de lésions bronchiques, d'emphysème et de capacité vitale limitée du poumon. Ce pourcentage est supérieur au Royaume-Uni, probablement à cause de l'industrialisation poussée du territoire.

107. On a entrepris, il y a cinq ans, à New York, l'analyse statistique des relations entre la mortalité et le degré quotidien de pollution atmosphérique; elle démontre que les décès par maladie cardio-respiratoire suivent avec une corrélation étonnante le niveau quotidien de pollution¹.

108. Au Canada, l'analyse des statistiques souligne aussi l'importance des maladies respiratoires, dans les statistiques de mortalité, mais surtout dans celles de morbidité et d'invalidité (tableau II.2). Les maladies respiratoires viennent au premier rang de toutes les causes de morbidité et d'invalidité et représentent plus du quart de cette morbidité. Leur influence économique est considérable, car elles viennent au deuxième rang sur la liste des maladies classées suivant leur importance dans les dépenses de santé (tableau II.1).

109. Actuellement, les études épidémiologiques s'orientent vers l'observation à long terme de facteurs multiples, tels le froid, l'humidité, la pollution, dont les variables : âge, sexe et occupation, mises en regard démontrent de façon plus nette les micro-effets du milieu urbain sur les taux de morbidité et de mortalité².

¹ T. Hogson : «The Effect of Air Pollution on Mortality in New York City », Conférence prononcée devant les membres de l'American Public Health Association, réunis en congrès à Miami, octobre 1967.

² Eric J. Cassel *et al.* : « Reconsiderations of Mortality as a Useful Index of the Relationship of Environmental Factors to Health », *American Journal of Public Health*, septembre 1968, vol. 58, N° 9, pp. 1653-1657.

TABLEAU II.1

Classement des catégories de diagnostics en fonction du coût approximatif de certains soins personnels *, Canada, vers 1961

Rang	Catégorie	Catégorie de diagnostics	Dépenses approximatives (en millions de dollars)	Pourcentage des dépenses totales
1	V	Troubles mentaux, psychonévroses et troubles de la personnalité.....	370.0	24.1
2	VIII	Maladies de l'appareil respiratoire.....	121.7	7.9
3	—	Services dentaires.....	118.8	7.7
4	VII	Maladies de l'appareil circulatoire.....	110.9	7.2
5	XI	Maternité et complications (à l'exclusion des soins aux nouveau-nés).....	99.8	6.5
6	IX	Maladies de l'appareil digestif.....	98.6	6.4
7	I	Maladies infectieuses et parasitaires.....	77.6	5.0
8	XVII	Accidents, empoisonnements et traumatismes.....	74.1	4.8
9	X	Maladies des organes génito-urinaires.....	70.5	4.6
10	VI	Maladies du système nerveux et des organes des sens	67.0	4.3
11	II	Néoplasmes de tous genres.....	65.0	4.2
12	XVIII	Classe supplémentaire.....	61.9	4.0
13	XIII	Maladies des os et des organes du mouvement.....	59.5	3.9
14	—	Néoplasmes malins.....	53.1	3.5
15	—	Tuberculose.....	48.2	3.1
16	XII	Maladies de la peau et du tissu cellulaire.....	44.8	2.9
17	XVI	Symptômes, sénilité et états mal définis.....	39.6	2.8
18	III	Maladies allergiques, endocriniennes, du métabolisme et de la nutrition.....	32.1	2.1
19	IV	Maladies du sang et des organes hématopoïétiques..	9.4	0.6
20	XV	Maladies propres à la première enfance.....	8.0	0.5
21	XIV	Malformations congénitales.....	7.6	0.5
		TOTAL.....	1,536.9	100.0

Source : Tableau reproduit intégralement du *Rapport de la Commission royale d'enquête sur les services de santé*, Imprimeur de la Reine, Ottawa, 1964, vol. I, p. 219.

* Comprennent les soins hospitaliers, les soins médicaux et les ordonnances.

TABLEAU II.2

Principales catégories de diagnostics et part de chacune dans l'ensemble des maladies et des services de soins, Canada, vers 1961

Catégorie de diagnostics	Maladies				Services de santé				
	Décès	Décès prématurés	Maladies avec invalidité	Maladies sans invalidité	Radiations d'hospitalisés	Jours d'hospitalisation	Services médicaux	Ordonnances	Soins à domicile
I. Maladies infectieuses et parasitaires.....	1.2	1.8	9.5	3.0	1.5	6.1	5.4	0.5	1.8
Tuberculose.....	0.5	0.6	1.3	inconnu	0.4	5.1	0.3	inconnu	1.0
II. Néoplasmes de tous genres.....	17.0	13.7	2.0	1.4	4.5	4.6	5.8	0.3	7.3
Néoplasmes malins.....	16.8	13.7	0.9	inconnu	2.5	3.6	5.1	0.3	7.0
III. Maladies allergiques, endocrinien- nes, du métabolisme et de la nutrition.....	2.2	1.8	1.3	5.0	2.2	1.8	2.0	7.0	11.1
IV. Maladies du sang et des organes hématopolétiques.....	0.4	0.3	inconnu	inconnu	0.4	0.3	0.9	2.8	6.8
V. Troubles mentaux, psychonévroses et troubles de la personnalité.....	0.3	0.5	9.9	inconnu	2.5	38.9	1.7	3.7	0.7
VI. Maladies du système nerveux et des organes des sens.....	12.1	7.4	6.3	5.6	3.7	5.0	3.9	5.3	11.0
VII. Maladies de l'appareil circulatoire.....	38.8	22.0	9.1	10.6	6.3	7.9	5.2	16.2	11.9
VIII. Maladies de l'appareil respiratoire.....	5.7	7.2	28.0	23.4	13.9	4.9	15.1	16.7	1.5
IX. Maladies de l'appareil digestif.....	3.7	4.3	6.8	8.6	10.8	5.7	9.6	8.2	3.8
X. Maladies des organes génito- urinaires.....	2.1	1.5	3.5	5.0	6.9	3.5	8.7	4.4	1.8
XI. Maternité et complications.....	0.2	0.3	2.5	0.5	18.3	5.7	11.3	3.5	9.2
XII. Maladies de la peau et du tissu cellulaire.....	0.1	0.1	1.6	5.5	2.0	0.9	8.3	4.2	1.6
XIII. Maladies des os et des organes du mouvement.....	0.3	0.3	5.7	10.0	2.7	2.9	7.2	4.6	5.5
XIV. Malformations congénitales.....	2.0	6.5	inconnu	inconnu	0.8	0.7	0.3	—	0.2
XV. Maladies propres à la première enfance.....	5.1	17.4	inconnu	inconnu	0.4	0.3	1.3	0.2	0.1
XVI. Symptômes, sénilité et états mal définis.....	0.9	0.6	8.1	17.0	1.9	0.9	6.6	5.4	4.3
XVII. Accidents, empoisonnements et traumatismes.....	7.9	14.3	5.7	4.4	7.5	4.7	6.7	4.5	3.4
XVIII. Classe supplémentaire.....	—	—	—	—	13.7	5.2	—	12.5	18.0
Total.....	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Source : Tableau reproduit intégralement du *Rapport de la Commission royale d'enquête sur les services de santé*, vol. I, p. 216.

110. Il ne faut pas passer sous silence les combustions incomplètes qui libèrent des hydrocarbures polycycliques et dont certains sont cancérigènes¹. On détermine avec une précision suffisante les niveaux de concentration de ces hydrocarbures dans un grand nombre de villes américaines². Chez nous, des études limitées établissent que la concentration de ces matières dans l'atmosphère de Montréal est aussi grande que dans la plupart des villes américaines de même importance³.

111. Enfin, les effets nocifs ne se limitent pas aux dommages à la santé : la pollution de l'air donne cet aspect gris, sale et triste d'un grand nombre de villes. Cette grisaille exerce certainement des influences psychologiques, esthétiques et sociales difficilement mesurables de façon directe, mais sur lesquelles nous reviendrons plus loin en traitant de problèmes posés par la vie en milieu urbain.

112. Il est souvent impossible d'établir une relation directe de cause à effet entre la contamination de l'air et l'état de santé, car les effets sont subtils et leur action apparaît à long terme seulement. Toutefois, les recherches sur la pollution de l'air aboutissent à des conclusions trop accablantes pour qu'on puisse les ignorer. La pollution de l'air est, de toutes les formes de contamination du milieu, la plus dangereuse et celle qui se prête le moins à des contrôles rigoureux.

b) Inventaire des sources de pollution de l'air

113. Un bilan exact de la pollution constitue un travail de grande envergure. Nous présenterons ici quelques estimations sur les caractéristiques et les sources des matières polluantes au Québec.

114. Nous avons rappelé que la combustion incomplète des carburants contribue à la pollution de l'air, et notamment dans les grandes villes, celle des véhicules moteurs. Les données recueillies par le Service de santé de Montréal révèlent un chiffre maximum d'émission, pour l'année 1968, de 5,831 tonnes comparativement à 3,789 tonnes en

¹ Georges S. Gantcheff et Sigmund Jegier : *Production d'hydrocarbures polynucléaires par combustion contrôlée*, thèse de doctorat, mai 1968, Ecole d'hygiène de l'Université de Montréal.

² E. Sawicky *et al.* : « The Benzopyrene Content of the Air of American Communities », *Journal of the American Industrial Hygiene Association*, juin 1960, vol. 21, N° 6, pp. 443-451.

³ Lise Frappier-Davignon et Sigmund Jegier : *Projet de recherche sur les effets chroniques de la pollution de l'air sur les voies respiratoires de l'homme*, étude en cours à l'Institut de microbiologie et à l'École de santé publique de l'Université de Montréal.

1961¹. En 1968, le monoxyde d'azote représente à lui seul plus de 55 pour cent, soit 3,218 tonnes.

115. Outre la quantité, on doit également retenir le degré de toxicité dans l'évaluation de l'importance relative des matières polluantes. Ainsi les oxydes de soufre, les hydrocarbures et l'anhydride sulfureux, en moins grande quantité dans l'atmosphère, représentent un danger tout aussi sérieux. À Montréal, par exemple, les raffineries de l'Est de l'île émettent annuellement plus de 500 tonnes d'hydrocarbures, d'anhydride sulfureux et d'autres agents polluants. Une étude actuellement en cours à l'École de santé publique de l'Université de Montréal permettra de préciser le volume et la composition de ces divers polluants².

116. Les avions, surtout les réactés, peuvent constituer une source considérable de pollution de l'air. Toutefois, leur vitesse et leur rapidité d'ascension diminuent les risques de pollution directe des couches inférieures de l'atmosphère.

117. Les usines de papier, les industries de la peinture et des vernis, les entreprises de nettoyage à sec et beaucoup d'autres accroissent la pollution de l'air des zones industrielles du Québec. Signalons enfin les fonderies qui rejettent non seulement des gaz polluants, mais encore d'importantes quantités de poussières métalliques très nocives pour la santé.

118. Les problèmes de la pollution de l'air au Québec se posent de façon très inégale. Comme ailleurs, les concentrations urbaines ou industrielles présentent les problèmes typiques, et la ville de Montréal est un exemple type indiscutable (tableau II.3). La quantité moyenne de poussières insolubles par mille carré et par mois sur la région montréalaise, selon les statistiques du Service de santé de Montréal, est de 30 tonnes environ.

¹ Données inédites obtenues du Service de santé de Montréal.

² Conrad East : *Pollution atmosphérique et île de chaleur*, étude en cours à l'École de santé publique de l'Université de Montréal.

TABLEAU II.3

**Concentration des substances polluantes atmosphériques à Montréal,
décembre 1968**

<i>Substances</i>	<i>Nombre de microgrammes</i>
Acide sulfurique	2
Sulfates	20
Plomb	3
Anhydride sulfureux	250
Fines poussières	150

Source : Données fournies par le Service de santé de la ville de Montréal, à partir d'un relevé effectué le 19 décembre 1968.

119. Ainsi, pendant chaque période de deux heures, le citoyen de Montréal respire un air contaminé par ces éléments, en plus du monoxyde de carbone, des oxydes d'azote et d'autres substances cancérigènes. Le Service de santé de la ville de Montréal détermine, de façon constante depuis deux ans, le degré de concentration de l'anhydride sulfureux et des particules aéroportées. Fort de ces renseignements, le Service affirmait dans un rapport récent que « les limites de sécurité sont dépassées de sorte qu'il y a danger pour la santé du Montréalais dans la situation présente¹ ».

120. D'une part, en dépit des progrès indéniables accomplis dans la sauvegarde de la santé des travailleurs et de leur protection en milieu de travail, les procédés industriels nouveaux véhiculent toujours d'éventuels dangers qui nécessitent une vigilance sans relâche.

121. D'autre part, les travailleurs miniers demeurent toujours exposés aux dangers des poussières de roche ou de métal. La fréquence de ces maladies industrielles diminue toutefois par suite de l'instauration d'un dépistage précoce, de mesures spéciales de protection et d'une réglementation plus stricte sur les normes d'air ambiant.

122. Au Québec, l'une des plus célèbres fut l'amiantose — appelée aussi asbestose — qui, à l'origine, fit des ravages parmi les travailleurs de la région de Thetford-Mines. Plusieurs études épidémiologiques entreprises récemment par le Département d'épidémiologie et

¹ Service de santé de la ville de Montréal : *La pollution de l'air par l'anhydride sulfureux et les particules aéroportées*, Montréal, 23 février 1970, p. 2.

de santé de la Faculté de médecine de l'université McGill veulent préciser l'envergure actuelle de ce problème au Québec¹.

123. Qu'il s'agisse de dangers anciens ou de risques nouveaux, la sauvegarde de la santé des travailleurs requiert une vigilance incessante et c'est le rôle primordial des spécialistes en médecine industrielle d'assurer la prévention et le dépistage précoce de ces maladies.

2. — LA POLLUTION DE L'EAU

124. Il y a à peine une cinquantaine d'années, la consommation d'eau polluée causait la plupart des grandes épidémies. Aujourd'hui, les villes importantes ont des services appropriés qui limitent le nombre des maladies dues aux microbes, virus ou parasites transportés par l'eau. Mais les sources d'eau potable ne sont pas intarissables et c'est ce que Revelle souligne lors du Séminaire canadien sur les ressources de l'avenir :

Le problème de la pollution de l'eau dans les États très densément peuplés peut devenir impossible à régler dans les décennies à venir à moins que nous n'apportions un grand nombre d'innovations technologiques et sociologiques².

125. Normalement, par métabolisme, les bactéries transforment en aliments, pour le maintien de la faune et de la flore aquatiques, les déchets rejetés dans les rivières. Cependant, la surcharge des rivières non seulement freine l'autopurification normale mais diminue son action.

126. La presque totalité de la contamination bactérienne découle des eaux usées des centres résidentiels. On ne la considère plus comme un problème aussi urgent qu'il y a cinquante ans, à cause de

¹ Gisèle Fournier-Massey : « Étude épidémiologique dans l'industrie de l'amiante des Cantons de l'Est », *L'Union médicale du Canada*, novembre 1969, tome 98, N° 11, pp. 1944-1949.

M. R. Becklake, G. G. Fournier-Massey, J. C. McDonald et C. E. Rossiter : « Relationship of Functional to Radiographic Changes in Quebec Asbestos Workers », *Proceedings of the Second International Conference on the Biological Effects of Asbestos, held in Dresden, Allemagne de l'Est, 1968*.

G. G. Fournier-Massey, M. R. Becklake, C. E. Rossiter et J. C. McDonald : *Pulmonary Function in Asbestos Industry Workers*, document inédit présenté à la réunion annuelle du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada tenue à Vancouver, janvier 1969.

M. R. Becklake, G. G. Fournier-Massey, C. E. Rossiter et J. C. McDonald : « Pleural and Parenchymal Lung Changes in Asbestos Workers and their Relative Effects on Pulmonary Function », communication présentée à la réunion annuelle de l'American Thoracic Society, tenue en mai 1969 à Miami. À paraître dans *l'American Review of Respiratory Diseases*.

² Roger Revelle : *Pollution and Cities*, décembre 1966, document inédit (traduction libre).

l'amélioration et de la dissémination des centrales d'épuration des eaux usées. Par contre, la pollution de l'eau par les agents chimiques augmente de façon inquiétante et exige une vigilance constante des pouvoirs publics¹.

127. Enfin, la présence dans les lacs et les rivières et sur le littoral de déchets tels que le pétrole, le mazout et les effluents industriels, restreint les aires de loisirs. Si la plupart des agents industriels de pollution ne sont pas directement dommageables à la santé, ils agissent sur l'équilibre biologique du milieu aquatique. Ils provoquent ainsi l'accumulation d'algues et de phytoplancton : l'eau devient inutilisable non seulement pour la nage et la baignade mais encore pour le canotage et la pêche.

128. Au Québec, la pollution des eaux affecte surtout les régions densément peuplées et industrialisées, et où les besoins récréatifs se font aussi le plus sentir. En aval de Montréal, des produits pétroliers contaminent périodiquement le Saint-Laurent. Cette pollution — combinée avec celle des égouts domestiques et des autres sources industrielles et commerciales — rend l'eau de ce fleuve non seulement impropre à la baignade mais cause aussi une telle prolifération de plantes aquatiques qu'on a fermé certaines plages jadis très fréquentées.

129. La pollution des eaux au Québec a essentiellement trois sources :

- a) les déchets industriels, y compris les déchets des établissements miniers;
- b) les égouts domestiques et commerciaux;
- c) les déchets agricoles, dans le sens le plus large du terme, ce qui comprend l'érosion des engrais, les restes de pesticides et d'autres déchets produits ou utilisés en agriculture.

130. Le réseau québécois de centrales d'épuration des eaux usées, d'origine domestique, est inférieur à celui de l'Ontario. Effectivement, cette province possède environ trois fois plus de centrales d'épuration que le Québec, et une proportion plus élevée de celles-ci obtiennent un traitement secondaire des eaux usées.

¹ Voir à ce sujet M. H. L. Hogge : « Contamination bactérienne de l'eau »; J. R. Brown : « Pollution de l'eau par les agents chimiques »; et D. M. Maclean : « Effets de la contamination du milieu sur la santé publique », documents parus dans *La pollution et notre milieu*, compte rendu de la conférence nationale sur la pollution tenue à Montréal sous les auspices du Conseil canadien des ministres des Ressources, du 31 octobre au 4 novembre 1966.

131. Il faut noter que la Régie des Eaux du Québec a très bien compris l'importance de ce problème et qu'elle a établi une politique générale en matière d'épuration des eaux usées municipales. Elle essaie de grouper les petites municipalités afin de construire des centrales d'épuration régionales. Il faut déplorer cependant que, malgré les subventions fédérales et provinciales, un certain nombre de petites municipalités (surtout à cause de leur isolement) ne profiteront jamais des services d'une centrale d'épuration.

132. Les petites industries, qui déversent leurs eaux usées soit directement dans un cours d'eau, soit dans un égout municipal, parce qu'elles sont économiquement marginales, ne pourront jamais épurer leurs effluents.

133. Le personnel technique de la Régie des Eaux estime à 500 millions de dollars, dans les vingt prochaines années, le coût d'aménagement des centrales de traitement des eaux usées dans les principales villes du Québec.

134. La pollution des eaux suit parallèlement la consommation croissante d'eau dans l'industrie comme dans les grandes agglomérations urbaines. La seule production d'une tonne de caoutchouc synthétique nécessite plus d'un demi-million de gallons d'eau; une tonne de papier en exige 250 tonnes et une tonne d'engrais azoté, près de 600 tonnes. L'approvisionnement en eau potable de certaines villes américaines atteint un seuil si critique que, durant les périodes de sécheresse, on impose le rationnement de l'eau sous peine d'amende.

135. Même si le Canada et le Québec sont parmi les régions du monde les plus favorisées en réserves d'eau naturelles, nos ressources en ce domaine sont loin d'être inépuisables à long terme. Plusieurs spécialistes estiment que des précautions doivent être prises maintenant pour éviter, un jour, la répétition tragique d'une situation analogue à celle des États-Unis.

136. On attribue la pollution d'origine agricole à l'utilisation d'engrais à base de potasse ou à prédominance de phosphore et d'azote. Ces composés sont solubles et retournent vers les cours d'eau. Ils favorisent alors la prolifération d'une végétation particulière au détriment des autres formes de vie. Au fur et à mesure que diminue la réserve d'oxygène, des goûts et des odeurs désagréables apparaissent, accompagnés d'une détérioration de l'aspect esthétique des cours d'eau ou des lacs.

137. L'usage, souvent abusif, des pesticides crée un problème nouveau. Les insecticides, par exemple, sont souvent utilisés dans des proportions importantes. Étant donné que ces insecticides sont des produits toxiques, leur présence dans les cours d'eau constitue une menace sérieuse pour la santé humaine.

3. — LES AUTRES TYPES DE POLLUTION

138. L'activité humaine engendre d'autres types de pollution aux effets sans doute moins dangereux dans l'immédiat, mais probablement tout aussi préjudiciables à long terme. Mentionnons l'accumulation des déchets, la pollution des sols, la pollution par la radioactivité et la pollution sonore.

a) Les déchets

139. L'accumulation des déchets est une source reconnue de maladies. La quantité des déchets solides suit non seulement l'augmentation de la population, mais encore la vente massive de nourritures préparées ou semi-préparées, l'emploi d'emballages à jeter après usage et la diversification plus grande de l'activité industrielle. L'ensemble de ces influences se solde par des quantités énormes de déchets.

140. Nous avons estimé qu'au Québec le coût de l'élimination résiduelle (publique et privée) atteint 100 millions de dollars par année. Ce coût, cependant, ne tient pas compte des dangers directs et indirects pour la santé publique. Indépendamment du fait que les déchets périssables sont des lieux de prédilection pour la reproduction des mouches et des autres insectes, ils attirent aussi les rats et autres rongeurs, agents épidémiques de graves maladies.

141. Les matières solubles de toutes sortes déposées sur le sol peuvent gagner les eaux souterraines et ainsi dénaturer l'eau potable des communautés environnantes ¹.

142. L'élimination à l'intérieur des limites de la communauté devient impossible pour les grandes villes. On sait que, à l'heure actuelle, la ville de Montréal évacue une grande partie de ses déchets vers les terrains des municipalités avoisinantes. Il est évident que l'usage d'incinérateurs à forte capacité est nécessaire si l'on veut que l'élimination des déchets ne constitue une source de pollution de l'air.

¹ Ce genre d'incident survint à Repentigny au printemps de 1966.

143. L'élimination des déchets devient un des plus grands problèmes de l'humanité. Ainsi dans les quarante dernières années (et indépendamment de l'augmentation de la population), la production résiduelle par personne passe de 2 à plus de 4 livres par jour.

144. Et tandis qu'autrefois il suffisait de jeter ces déchets sur un terrain quelconque, assez loin des lieux d'habitation, il devient de plus en plus nécessaire aujourd'hui d'imaginer et de développer une technologie originale pour aboutir à une solution¹. Il appartient à un ingénieur d'un nouveau type — l'ingénieur du milieu — de trouver les moyens d'élimination des déchets solides, dont la quantité dépasse 100 millions de tonnes par année, au Canada.

145. Étant donné que le Québec produit environ le quart de cette masse et qu'une importante partie de la population de cette province se concentre sur une superficie restreinte, la région métropolitaine de l'île de Montréal, le problème revêt une signification particulière et cruciale.

146. L'incinération est pour l'instant la méthode la plus simple et la plus économique. La ville de Montréal construit un incinérateur au coût de plusieurs millions de dollars pour traiter une grande partie des déchets de la ville. En vue de réduire les frais courants, on se propose de récupérer une partie de la chaleur obtenue pour chauffer un certain nombre de bâtiments publics.

147. Enfin, seule une étude de la composition moyenne de déchets éclairera la voie vers des solutions satisfaisantes d'élimination.

b) La pollution des sols

148. C'est à l'agriculture moderne, qui utilise aujourd'hui des milliers de produits de synthèse, tels les insecticides, les fongicides et les pesticides, qu'il faut imputer la plus large part de responsabilité dans la pollution des sols.

149. Le DDT, que certains gouvernements viennent de frapper d'interdit, est le plus répandu de ces produits. Par le biais des aliments, sa concentration dans les tissus adipeux du corps humain augmente progressivement. Il est difficile de prévoir à long terme

¹ J. Nilsen : « Solid Wastes Challenge the Disposal Experts », *Chemical Engineering*, décembre 1966, vol. 73, N° 25, pp. 60-69. Du même auteur : « Garbage : Rosy New Future as Raw Material », *Chemical Engineering*, avril 1968, vol. 75, N° 8, pp. 82-84.

les effets cumulatifs de cet insecticide, surtout dans le cas de populations exposées à un risque plus élevé, comme les fermiers.

150. Certains savants, préoccupés par la baisse de la reproduction chez certaines espèces d'oiseaux contaminés par ce produit, se demandent avec inquiétude s'il ne peut compromettre le développement et l'équilibre de la vie cellulaire. La concentration de DDT dans les tissus humains atteint déjà 12 ppm¹ aux États-Unis, 5.2 ppm en France et 2.3 ppm au Royaume-Uni.

c) La radioactivité

151. À côté des agressions toxiques, qui risquent d'atteindre des secteurs sans cesse plus étendus de populations urbaines, il convient d'évoquer l'influence de la radioactivité, encore mal connue mais à peu près certaine, sur la vie et la division de la cellule.

152. Or, depuis quelques années, cette radioactivité augmente dans certaines régions du globe. L'application généralisée de l'énergie atomique comme source d'énergie industrielle apparaît inéluctable dans un avenir plus ou moins proche, et posera de nouveaux problèmes de protection des travailleurs et des habitants des grandes cités. Mal résolus, ils entraîneront des conséquences biologiques redoutables.

153. Sur la foi de sondages effectués aux États-Unis, on estime que l'usage des radiations ionisantes pour les diagnostics médical et dentaire s'accroît d'environ 7 pour cent chaque année, de sorte qu'une proportion de plus en plus élevée de sujets subissent un ou plusieurs examens radiologiques annuels, y compris les radiographies pulmonaires pour le dépistage de la tuberculose².

154. Devant cette situation, un contrôle plus rigoureux de ces sources de rayons X devient indispensable. Des expériences conduites ailleurs démontrent qu'on peut réglementer le temps d'exposition aux rayons X soit par des codes régulateurs d'émission de radiations, soit par la surveillance des sources, soit, enfin, par l'éducation du personnel en charge.

¹ Un milligramme de DDT dans un kilogramme de tissu adipeux représente une partie par million (ppm).

² William S. Cole : « The Judicious Use of Diagnostic Radiation in the Healing Arts », *American Journal of Public Health*, juillet 1969, vol. 59, N° 7, pp. 1199-1203.

d) La pollution sonore

155. Cette description trop brève des facteurs et des sources de pollution ne serait pas complète sans la mention d'une autre forme de pollution, moins étudiée jusqu'ici et sans doute moins dangereuse, du moins dans l'immédiat, la pollution sonore.

156. Ce n'est que récemment qu'on s'est intéressé au bruit en tant que risque pour la santé. Cette préoccupation tardive s'explique par l'absence, jusqu'à ces dernières années, de méthodes appropriées pour mesurer le bruit et évaluer les pertes d'acuité auditive. Il faut bien admettre toutefois que, malgré la science et la technique, les recherches ne nous font connaître encore qu'imparfaitement les corrélations entre la pollution sonore et les troubles de l'audition ou du comportement chez l'homme¹.

157. La médecine physique ou psychiatrique, de même que les sciences du comportement en général, ont accumulé suffisamment d'indices pour établir que, sans en être la cause principale, le bruit contribue aux déséquilibres nerveux, à la fatigue, de même qu'à certains troubles neuro-végétatifs chez les personnes les plus exposées ou prédisposées².

158. Aussi, et parce que le bruit paraît s'amplifier au même rythme que l'urbanisation — qui est continue et irréversible — faut-il accorder à la pollution sonore, dans la lutte contre la détérioration du milieu, une place particulière au plan de la recherche.

B. — L'URBANISATION³

159. Parmi les facteurs du milieu qui déterminent le psychisme et le comportement des individus, l'urbanisation joue un rôle capital. La croissance de l'urbanisation au Québec suit, depuis le début du siècle, une courbe parallèle à celle de l'Ontario (tableau II.4). En 1966, plus de 78 pour cent des Québécois vivent dans des zones urbaines, ce qui fait du Québec, malgré ses étendues désertiques, un des États les plus densément peuplés au monde.

¹ Alan Bell : *Le bruit, risque pour la santé du travailleur et nuisance publique*, Organisation mondiale de la Santé, Genève, 1967, pp. 23-39. (Cahiers de santé publique, N° 30.)

² *Ibid.*

³ Voir l'annexe 7 de notre rapport.

160. La répartition de la population urbaine selon la taille des villes indique toutefois qu'en Ontario 30 pour cent de la population habitent des villes de 100,000 à 500,000 âmes, tandis qu'au Québec la seule agglomération montréalaise concentre 56 pour cent de la population du Québec (tableau II.5). La croissance des autres centres urbains ne s'effectue pas au même rythme que celle des villes de moyenne importance du sud de l'Ontario.

TABLEAU II.4

Évolution en pourcentage de la population urbaine, par rapport à la population totale, Québec et Ontario, 1901 à 1966

Année	QUÉBEC		ONTARIO	
	population urbaine	%	population urbaine	%
1901	595,616	36.1	879,793	40.3
1911	892,024	44.5	1,252,207	49.5
1921	1,203,698	51.0	1,630,800	55.6
1931	1,683,400	58.6	2,015,665	58.7
1941	1,986,644	59.6	2,269,266	59.9
1951	2,602,276	64.2	2,687,710	58.5
1961	3,937,469	74.9	4,941,228	79.2
1966	4,525,114	78.3	5,593,440	80.3

Sources : B. F. S. : *Recensement du Canada, 1961*, Imprimeur de la Reine, Ottawa, 1964, vol. VII, Partie I, cat. 99-512, p. 24.
B. F. S. : *Recensement du Canada, 1966*, Imprimeur de la Reine, Ottawa, vol. I, Partie 8, cat. 92-608, pp. 3 et 8 du tableau 13.

TABLEAU II.5

Évolution en pourcentage de la population urbaine, par rapport à la population totale et selon la taille des villes *, Québec et Ontario, 1951, 1961, 1966

Taille des villes	1951		1961		1966	
	Québec %	Ontario %	Québec %	Ontario %	Québec %	Ontario %
1,000 à 9,999	15	13	15	10	13	9
10,000 à 29,999	9	6	8	5	7	5
30,000 à 99,999	8	15	10	12	12	13
100,000 à 499,999	11	25	12	31	12	30
500,000 et plus	57	41	55	42	56	43

Sources : B. F. S. : *Recensement du Canada, 1961*, cat. 99-512, pp. 26-29.
B. F. S. : *Recensement du Canada, 1966*, cat. 92-608, pp. 3 et 7 du tableau 14.

* On a effectué des recoupements afin d'obtenir cette division par taille des villes.

161. L'hypertrophie de la ville de Montréal a pour effet d'accroître les disparités régionales et entraîne une inégalité dans la répartition du personnel des services de santé et de l'équipement médico-hospitalier. Nous évoquerons cette question plus loin lorsque nous traiterons de la situation sanitaire actuelle au Québec. Pour l'instant, soulignons le caractère particulier des maladies et des conditions défavorables à la santé dans les zones d'habitat aussi denses que les concentrations modernes.

162. En apparence, la grande capacité d'adaptation de l'espèce humaine lui permet de vivre et de se perpétuer dans un univers aussi artificiel que les mégapoles de béton. On peut craindre néanmoins que cet éloignement de la nature ne prive l'homme d'un certain équilibre entre son organisme et son habitat, équilibre fort utile sinon indispensable au plein épanouissement physique et psychique. L'écologiste bien connu, René Dubos, insiste à maintes reprises sur l'interaction étroite entre l'homme et son milieu et s'inquiète des conséquences nocives de la forme d'habitat qui tend à se répandre à travers le monde¹.

163. Dans sa recherche du bien-être et d'un mode de vie conforme à ses aspirations, l'homme s'efforce de modifier son milieu naturel et tout ce qui lui paraît nuisible et dangereux dans l'entourage. Le résultat de ses propres tentatives apparaît de nos jours aussi destructeur que celui de ses adversaires biologiques d'antan, bactéries et parasites. Le bilan de l'influence de l'homme sur la biosphère se solde par une perte énorme de ressources naturelles.

164. Nantie d'un potentiel de tolérance important qui lui permet de s'adapter dans des conditions très variables, l'espèce humaine pourra-t-elle le faire devant l'accroissement accéléré des ennemis de tous ordres ? Il est possible que, malgré sa malléabilité, l'organisme humain réagisse en développant de nouvelles maladies d'origine toxique ou allergique, et même mentale. Les maladies dites « de civilisation » tiennent aux carences de notre société dont le mode de vie est souvent incompatible avec les exigences d'une sage prévention.

165. L'augmentation du peuplement urbain et la nouvelle structuration sociale qui en résulte libèrent, dans une certaine mesure, l'homme de son milieu naturel et l'intègrent d'une manière rigoureuse à un milieu social fortement hiérarchisé où chaque individu joue un

¹ René Dubos : « Environmental Determinants of Human Life », *Environmental Influences*, Rockefeller University Press, New York, 1968, pp. 138-154.

rôle déterminé. Cette société de plus en plus structurée et complexe engendre des « syndromes de civilisation », souvent à la limite du pathologique : fatigue chronique, insatisfaction et instabilité sociale, intoxication par les drogues et l'alcool.

166. Dans les villes à densité de population très élevée, la pression sociale est si forte qu'elle provoque l'apparition de comportements asociaux. Ainsi l'on explique l'incidence élevée de troubles mentaux et de déviance sociale chez les habitants du centre-ville de certaines métropoles américaines¹. L'analyse du développement des troubles psychiques se heurte à des difficultés d'interprétation et de définition de la santé mentale et de sa relation avec le milieu. C'est ce qui rend si délicate l'action sur le milieu social dans le but de prévenir les maladies mentales.

167. Cependant, on ne peut douter qu'il faille mettre en œuvre dans les années à venir une nouvelle forme de prévention dans la vie urbaine, sociale ou professionnelle : prévention de l'inadaptation de l'homme à ses conditions existentielles, du travailleur à son ambiance professionnelle et du citoyen à la mégalopolis future.

C. — L'ALIMENTATION

168. Les facteurs du milieu susceptibles d'influer sur la santé physique et mentale sont extrêmement variés puisqu'ils vont de la pollution à l'ensemble des pressions sociales créées par l'urbanisation. Les différences fondamentales entre les générations résultent donc de phénomènes associés où le milieu intégral et les modes de vie jouent un rôle primordial. Parmi les habitudes de vie, citons en premier lieu l'alimentation, en raison de son influence sur la croissance et le développement de l'organisme.

169. On sait depuis longtemps que l'insuffisance alimentaire provoque un ralentissement de la croissance et des troubles au niveau des processus biochimiques impliqués dans le fonctionnement du système nerveux central. Une grave insuffisance alimentaire dans les dix-huit premiers mois de la vie d'un enfant empêche un développement cérébral normal. Le nombre même des cellules cérébrales est inférieur chez les enfants qui meurent de malnutrition. Selon des

¹ L. Srole et al. : *Mental Health in the Metropolis : the Midtown Manhattan Study*, McGraw-Hill Book Co., New York, 1962.

études récentes¹ faites sur des populations infantiles de pays en voie de développement, il semble que, chez l'enfant sous-alimenté, le développement des fonctions nobles du cerveau (penser de façon symbolique, raisonner...) et certaines activités (lire, écrire...) sont grandement compromis. Bien qu'on ne puisse attribuer entièrement au facteur alimentaire certaines déficiences intellectuelles, il apparaît de plus en plus évident qu'une telle carence, vers la fin de la gestation et dans les premiers mois de vie extra-utérine, risque de freiner de façon irréversible le développement mental. Sans nier le rôle de l'hérédité ni celui du milieu socioculturel, on peut affirmer que les déficiences quantitatives ou qualitatives en alimentation contribuent au retard mental.

170. Peut-on retrouver ces constatations, faites dans des régions sous-alimentées, chez les populations des milieux défavorisés du Québec ? Bien que les enquêtes soient partielles, puisqu'elles se limitent à la région de Montréal, les résultats obtenus confirment que certains sous-groupes de notre population, tels les personnes âgées et les enfants des milieux défavorisés, ne reçoivent pas des quantités suffisantes de nourriture². Les déficiences qualitatives sont encore plus évidentes que les déficiences quantitatives³.

171. Dans une étude sur la croissance et le développement de l'ethnie canadienne-française, un rapporteur constate, outre une formation dentaire retardée par rapport à celle des enfants américains, « une différence marquée et systématique dans la stature de l'enfant selon les différentes classes sociales de la population montréalaise⁴ ». Il ne faut pas croire que, dans un État en plein essor économique comme le Québec, les maladies par carence alimentaire soient éliminées, puisqu'on signale chaque année plus de 250 cas de rachitisme chez les enfants hospitalisés dans les hôpitaux pédiatriques.

¹ Joaquin Cravioto : « Application of Newer Knowledge of Nutrition on Physical and Mental Growth and Development » *American Journal of Public Health*, novembre 1963, vol. 53, N° 11, pp. 1803-1809. Du même auteur : « Nutritional Deficiencies and Mental Performance in Childhood », *Environmental Influences*, Rockefeller University Press, New York, 1968, pp. 3-50.

² Antonine Paquin : « Bilan de santé des enfants de première année d'une école dans un milieu défavorisé », conférence prononcée devant les membres de l'Association canadienne de santé publique, juin 1966. Document inédit.

³ Thérèse Bissonnette : « Vieillir et bien s'alimenter : un véritable défi », *La Presse*, 14 et 21 mai 1968.

⁴ Arto Demirjian : « Méthodologie et techniques des études sur la croissance des enfants canadiens-français ». Extrait d'une communication présentée au Colloque international sur la croissance tenu en novembre 1969 à Sainte-Marguerite, Qué., sous les auspices du Centre de recherche sur la croissance, de la Faculté dentaire de l'Université de Montréal.

172. Selon les résultats préliminaires de l'enquête poursuivie par l'Institut de nutrition et de diététique de l'Université de Montréal, les adolescentes ont souvent des habitudes alimentaires fantaisistes où les fringales alternent avec les accès de jeûne. La consommation de féculents et de sucre est généralement excessive par rapport à celle d'aliments protidiques. Ce déséquilibre lors de l'adolescence présume une obésité future, car, sauf exception, les habitudes alimentaires acquises dans la jeunesse exercent leur influence la vie durant.

173. Une équipe de chercheurs a étudié les habitudes alimentaires des employés municipaux de la ville de Montréal. Ils ont établi un échantillonnage d'hommes de 20 à 70 ans et ont conclu que la consommation d'aliments est nettement exagérée par rapport à l'effort physique réclamé par l'activité quotidienne¹.

174. Toutes ces enquêtes confirment que de telles observations ne sont pas moins fréquentes dans les sociétés prospères que dans celles qui sont sous-développées : seules varient les formes sous lesquelles se manifestent les divers types de malnutrition. Aux États-Unis, les enquêtes par sondage sur la fréquence de l'obésité révèlent qu'elle est la raison la plus commune des consultations médicales.

175. L'enquête sur le régime alimentaire des Canadiens en cours en 1970 précisera, dans le cas de la population québécoise, le nombre et la gravité des atteintes à la santé dues à l'insuffisance qualitative de certains aliments ou à la suralimentation. Cependant, il faut, dès maintenant, accorder la priorité à l'éducation sanitaire et au régime approprié des femmes enceintes et des enfants de familles à faible revenu. Des organismes tels que le *Montreal Diet Dispensary* ont mis en œuvre de tels programmes dans certains quartiers de Montréal. Ces programmes peuvent s'intégrer dans une politique générale de santé et de bien-être à l'intention de groupes pilotes tels que les enfants ou les personnes âgées.

II. — L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION

176. La conception et la mise en œuvre de programmes médico-sanitaires adaptés au Québec exigent une connaissance préalable de l'état de santé de la population et des maladies dont elle est atteinte. Sans doute est-il difficile de définir l'état de santé d'une population à

¹ C. Goulet, C. Allard et R. Poirier : « Étude épidémiologique d'une population canadienne-française : facteurs associés au profil coronarien », *L'Union médicale du Canada*, août 1968, tome 97, pp. 1-6.

partir d'indices tels que la mortalité et la morbidité qui ont un caractère essentiellement négatif et ne permettent pas de mesurer toute l'envergure des problèmes reliés à la santé. Cependant, le concept de santé étant lui-même difficilement définissable, puisque les besoins de santé sont illimités, il est nécessaire de recourir aux indicateurs indirects fournis par les statistiques démographiques et sanitaires.

177. Le Québec, comme les autres États évolués, a l'avantage de posséder des statistiques démographiques sûres et bien colligées. Les données sur la fréquence des maladies sont, par contre, rares et généralement incomplètes. Parmi ces statistiques, nous avons dû choisir les indices les plus révélateurs et ceux qui sont reliés d'une certaine façon à notre mode de vie. Nous traiterons successivement de l'espérance de vie, des décès par maladie coronarienne, cancer et accidents, de la mortalité infantile, de la tuberculose et des maladies mentales¹.

A. — L'ESPÉRANCE DE VIE

178. L'espérance de vie constitue la mesure indirecte la plus précieuse du niveau de santé d'une population. Depuis le début du XX^e siècle, les progrès de la science et de la technologie médicale et l'élévation du niveau de vie ont eu comme effet une importante hausse de la longévité. Au Québec, depuis 1931, l'espérance de vie à la naissance a augmenté de 11 ans chez l'homme et de 16 ans chez la femme. Cependant, bien que le Québec améliore sa situation depuis 35 ans, l'espérance de vie y demeure inférieure à celle du Canada, de l'Ontario et de la Colombie (tableau II.6).

179. Le Québécois né en 1966 a une espérance de vie de 67.8 années, tandis que la Québécoise vivra en moyenne 7 ans de plus. Cet écart de longévité entre les deux sexes est dû principalement à la régression plus rapide des causes de décès chez la femme, telles que complications de l'accouchement et certaines formes de cancer, alors que chez l'homme les accidents et la maladie coronarienne, par exemple, diminuent peu. En l'espace de 40 ans, soit de 1926 à 1966, le taux de décès chez les femmes de 20 à 40 ans s'est abaissé de 89 pour cent contre 55 pour cent chez les hommes du même groupe d'âge. Chez les femmes de 50 à 70 ans, le taux de décès dû à l'âge a décliné de 45 pour cent environ depuis 1926, tandis que chez l'homme, il demeure

¹ Voir l'annexe 3 de notre rapport : *Indices de l'état de santé de la population du Québec*, préparée par Madeleine Patry, M.D.

stationnaire et s'accroît même légèrement¹. On observe les mêmes tendances à ce sujet, dans les autres régions urbanisées du Canada, comme dans l'Ontario et la Colombie.

TABLEAU II.6

Espérance de vie à la naissance, par sexe, Canada et ses régions, 1931, 1941, 1951, 1956, 1961 et 1966

Régions		1931	1941	1951	1956	1961	1966
Canada	H	60.0	62.9	66.3	67.6	68.4	68.7
	F	62.1	66.3	70.8	72.9	74.2	75.2
Atlantique	H	60.2	61.7	66.6	67.9	68.6	— *
	F	61.9	64.6	70.5	72.9	73.9	—
Québec	H	56.2	60.2	64.4	66.1	67.3	67.8
	F	57.8	63.1	68.6	71.0	72.8	74.0
Ontario	H	61.3	64.6	66.9	67.8	68.3	68.7
	F	63.9	68.4	71.9	73.6	74.4	75.6
Prairies	H	63.5	65.4	68.4	69.3	69.8	— *
	F	65.5	68.2	72.3	74.2	75.7	—
Colombie-Britannique	H	62.2	63.7	66.7	68.1	68.9	69.1
	F	65.3	69.0	72.4	73.9	75.4	75.9

Sources : B. F. S., *La statistique de l'état civil, 1966*, Imprimeur de la Reine, Ottawa, 1968, cat. 84-202, p. 212, et documents inédits de l'état civil pour l'année 1966.

* Pour 1966, les données concernant les régions de l'Atlantique et des Prairies cessent d'être compilées sur une base régionale pour l'être sur une base provinciale. Toutefois, pour chacune de ces provinces, l'espérance de vie demeure supérieure à celle du Québec.

180. Le Québec connaît, surtout depuis la fin de la dernière guerre, une période d'urbanisation intense et une élévation concomitante du niveau de vie de ses habitants. Aussi n'est-il pas étonnant de constater que les maladies dites « de civilisation », associées à l'abondance des biens de consommation et à la survie plus longue, dominent le tableau pathologique. Parmi celles-ci, les maladies cardio-vasculaires et le cancer sont les plus meurtrières.

¹ Voir l'annexe 3 de notre rapport.

B. — LA MALADIE CORONARIENNE

181. Parmi les maladies cardio-vasculaires, la maladie coronarienne constitue une menace grandissante pour la vie de l'homme d'âge moyen. Même si, dans l'ensemble du Québec, les taux de décès dû à l'âge n'atteignent pas encore ceux de l'Ontario, l'augmentation depuis 1950 est beaucoup plus marquée au Québec qu'en Ontario (graphique II.1). L'analyse de ces taux indique une hausse chez les Québécois vivant à l'extérieur de Montréal et des taux de décès entre 35 et 44 ans, 45 et 54 ans et 55 et 64 ans qui sont supérieurs dans l'île de Montréal à ceux du Toronto métropolitain (tableaux II.7.1, II.7.2 et II.7.3).

182. Cette tendance ascendante de la mortalité coronarienne inquiète d'autant plus qu'il n'existe pas de moyens spécifiques de prévention et de traitement de cette maladie qui est liée, plus que les autres causes de décès, aux conditions de vie urbaine : sédentarité, alimentation mal adaptée aux besoins, pressions sociales à caractère fortement compétitif.

183. La société nord-américaine n'impose-t-elle pas à l'homme du Québec un fardeau trop lourd qui grève sa longévité et même ses années de vie active ? À l'appui de cette hypothèse, on doit signaler que l'homme dans plus de douze pays européens a une espérance de vie supérieure à celle du Québécois, alors que son niveau de vie, sauf en Suède, est inférieur (tableau II.8). Ce nivellement de la longévité chez les hommes apparaît clairement à l'examen du tableau de l'espérance de vie à 40 ans où, de 1931 à 1966, elle n'augmente que de 1.3 année (tableau II.9). Pourtant ni le Québec ni le Canada n'ont atteint les niveaux de 76.3 années pour l'homme et de 78.2 années chez la femme, qui représentent, selon un grand expert en la matière, la limite biologique à laquelle une collectivité puisse aspirer, compte tenu de l'état actuel de la science¹.

184. Cette stabilisation de l'espérance de vie chez l'homme d'âge moyen s'explique, au moins partiellement, par l'accroissement des taux de décès par maladie coronarienne entre les âges de 35 et 65 ans. Les groupes d'âges peu élevés sont de plus en plus fréquemment atteints. La cardiopathie ischémique est en relation avec le mode de vie actuel de sorte qu'on peut craindre qu'elle n'atteigne des proportions encore plus alarmantes. Pour remédier à cette situation, parti-

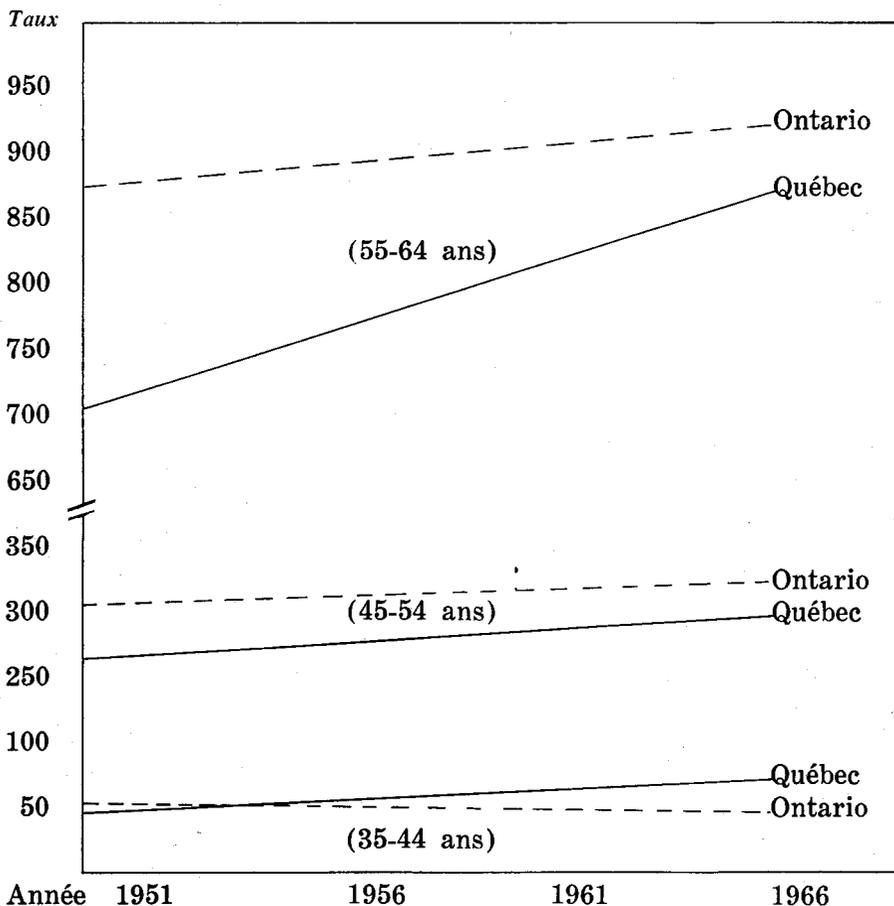
¹ Jean Bourgeois-Pichat : « Essai sur la mortalité biologique de l'homme », *Population*, juillet-septembre 1952, vol. 7, No 3, pp. 381-394.

culièrement critique au Québec dans les zones à forte densité de population et qui tend à s'aggraver dans les régions non métropolitaines, il faudra recueillir des données plus précises sur les causes cachées de la maladie coronarienne.

GRAPHIQUE II.1

MALADIE CORONARIENNE

Taux * de mortalité par maladie coronarienne chez les hommes, par groupes d'âges, Québec et Ontario, 1951 à 1966



Sources : Données inédites obtenues du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Direction de la recherche et de la statistique, Ottawa, et du Département de médecine préventive, Faculté de médecine, Université d'Ottawa.

* Pour 100,000 h.

TABLEAU II.7.1

MALADIE CORONARIENNE

Taux * et changements procentuels des décès par maladie coronarienne chez les hommes âgés de 35 à 44 ans, dans le Québec et l'Ontario, l'île de Montréal et le Toronto métropolitain, 1950-52, 1960-62 et 1966

	Taux	1950-52 %	Taux	1960-62 %	Changement procentuel entre les deux périodes	1966 **
QUÉBEC	58.2	100.0	71.1	100.0	22.2	77.6
Île de Montréal	106.0	67.3	85.4	44.0	—19.4	75.2
Autres régions du Québec	30.1	32.7	62.8	56.0	108.6	79.1
ONTARIO	63.2	100.0	68.2	100.0	7.9	70.7
Toronto métropolitain	83.5	35.7	74.8	33.2	—10.4	70.5
Autres régions de l'Ontario	55.7	64.3	65.3	66.8	17.2	70.1

Sources : Données inédites obtenues du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Direction de la recherche et de la statistique, Ottawa, et du Département de médecine préventive, Faculté de médecine, Université d'Ottawa.

* Pour 100,000 h.

** L'estimation de ce taux pour 1966 provient de l'extrapolation des chiffres de 1952 à 1962, selon le maintien hypothétique de la tendance observée durant cette période de 1962 à 1966.

TABLEAU II.7.2

MALADIE CORONARIENNE

Taux * et changements procentuels des décès par maladie coronarienne chez les hommes âgés de 45 à 54 ans, dans le Québec et l'Ontario, l'île de Montréal et le Toronto métropolitain, 1950-52, 1960-62 et 1966

	1950-52		1960-62		Changement procentuel entre les deux périodes	1966 **
	Taux	%	Taux	%		
QUÉBEC	262.5	100.0	305.3	100.0	16.3	326.7
Île de Montréal	403.9	61.7	378.8	47.2	—6.2	366.3
Autres régions du Québec	167.8	38.3	260.2	52.8	55.1	306.5
ONTARIO	299.9	100.0	331.2	100.0	10.4	346.7
Toronto métropolitain	364.7	33.2	346.1	30.4	—5.1	336.8
Autres régions de l'Ontario	275.6	66.8	325.1	69.6	18.0	350.0

Sources : Données inédites obtenues du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Direction de la recherche et de la statistique, Ottawa, et du Département de médecine préventive, Faculté de médecine, Université d'Ottawa.

* Pour 100,000 h.

** L'estimation de ce taux pour 1966 provient de l'extrapolation des chiffres de 1952 à 1962, selon le maintien hypothétique de la tendance observée durant cette période de 1962 à 1966.

TABLEAU 11.7.3

MALADIE CORONARIENNE

Taux * et changements procentuels des décès par maladie coronarienne chez les hommes âgés de 55 à 64 ans, dans le Québec et l'Ontario, l'île de Montréal et le Toronto métropolitain, 1950-52, 1960-62 et 1966

	1950-52		1960-62		Changement procentuel entre les deux périodes	1966 **
	Taux	%	Taux	%		
QUÉBEC	689.4	100.0	821.1	100.0	19.1	886.9
Île de Montréal	1,008.9	58.6	1,053.2	50.1	4.4	1,075.5
Autres régions du Québec	476.0	41.4	672.1	49.9	41.2	770.2
ONTARIO	879.6	100.0	915.2	100.0	4.0	932.4
Toronto métropolitain	1,015.5	31.6	994.6	30.5	—2.1	983.5
Autres régions de l'Ontario	828.4	68.4	884.2	69.5	6.7	911.7

Sources : Données inédites obtenues du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Direction de la recherche et de la statistique, Ottawa, et du Département de médecine préventive, Faculté de médecine, Université d'Ottawa.

* Pour 100,000 h.

** L'estimation de ce taux pour 1966 provient de l'extrapolation des chiffres de 1952 à 1962, selon le maintien hypothétique de la tendance observée durant cette période de 1962 à 1966.

TABLEAU II.8

Espérance de vie à la naissance et à un an, du sexe masculin, pour différents pays, le Québec et l'Ontario, selon les plus récentes statistiques, selon les cas

Année ou période	Pays	Espérance de vie			
		À la naissance	Rang	À un (1) an	Rang
1965	Suède	71.8	1	71.8	2
1962	Islande	71.4	2	72.0	1
1964	Norvège	71.3	3	71.6	3
1964	Pays-Bas	71.3	3	71.5	5
1963	Israël	70.7	5	71.5	5
1964	Danemark	70.3	6	70.8	7
1964	Grèce	69.9	7	71.6	3
1964	Suisse	68.9	8	69.8	8
1965-67	Canada	68.7	9	69.5	11
1965	Nouvelle-Zélande	68.4	10	68.9	13
1965	France	68.3	11	68.7	14
1963	Espagne	68.1	12	69.7	9
1963	Angleterre et Pays de Galles	67.9	13	68.5	16
1964	Allemagne de l'Est	67.8	14	69.0	12
1964	Italie	67.7	15	69.6	10
1964	Tchécoslovaquie	67.7	15	68.4	17
1960-62	Irlande du Nord	67.6	17	68.7	14
1965	Allemagne de l'Ouest	67.6	17	68.4	17
1963	Belgique	66.9	19	68.0	19
1964	États-Unis	66.9	19	67.8	20
1965-67	QUÉBEC	67.8	14	68.7	14
1965-67	ONTARIO	68.7	9	69.3	11

Sources : Nathan Keyfitz and Wilhem Flieger : *World Population, an Analysis of Vital Data*, The University of Chicago Press, Chicago, 1968, et données inédites obtenues du Bureau fédéral de la statistique pour les années 1965, 1966 et 1967.

TABLEAU II.9

Espérance de vie à quarante ans, par sexe, au Canada et par régions, 1931,
1941, 1951, 1956, 1961 et 1966

<i>Régions</i>		1931	1941	1951	1956	1961	1966
Canada	H	32.0	31.9	32.5	32.7	33.0	33.0
	F	33.0	34.0	35.6	36.7	37.5	38.2
Atlantique	H	32.7	32.2	33.5	33.6	33.8	— *
	F	33.7	34.2	36.0	37.0	37.7	—
Québec	H	31.0	30.9	31.5	31.9	32.3	32.3
	F	31.8	32.7	34.4	35.4	36.4	37.1
Ontario	H	31.6	31.5	32.0	32.2	32.4	32.5
	F	32.9	34.1	35.8	36.7	37.3	38.2
Prairies	H	33.3	33.3	33.9	34.1	34.4	— *
	F	34.4	35.0	36.6	37.7	38.8	—
Colombie-	H	32.2	31.7	32.5	33.1	33.6	33.7
Britannique	F	34.3	35.1	36.7	37.5	38.5	39.0

Sources : B. F. S., *La statistique de l'état civil, 1966*, cat. 84-202, p. 213, et documents inédits de l'état civil pour l'année 1966.

* Pour 1966, les données des régions de l'Atlantique et des Prairies cessent d'être compilées sur une base régionale pour l'être sur une base provinciale. Toutefois, pour chacune de ces provinces, l'espérance de vie demeure supérieure à celle du Québec.

C. — LE CANCER

185. Parmi les maladies à forte létalité, le cancer occupe une place importante, immédiatement après les maladies cardio-vasculaires. Le cancer est encore mal connu et, par conséquent, les moyens préventifs appartiennent encore au domaine de la recherche. Entre 1950 et 1963, le taux * normalisé de décès dus au cancer est passé de 141.2 à 147.0 au Québec, et de 125.3 à 131.0 en Ontario¹. Le taux québécois s'est constamment maintenu au-dessus de celui de l'Ontario et les statistiques de 1964, 1965 et 1966 n'indiquent pas de réduction de cet écart.

186. Ce taux normalisé de décès atteint, en 1963, 161.2 chez l'homme et 132.5 chez la femme alors qu'en Ontario les taux sont respectivement de 148.0 chez l'homme et de 113.5 chez la femme (tableaux II.10 et II.11). On remarque que le taux de décès chez la femme s'abaisse de 5 pour cent environ en 15 ans, alors que celui de l'homme augmente de 9.5 pour cent au Québec et de 12.5 pour cent en Ontario. Cette hausse est due principalement à la fréquence croissante du cancer du poumon qui représente chez l'homme près de la moitié des décès causés par le cancer. Bien que le taux de mortalité atteint par le cancer des voies respiratoires inférieures soit légèrement moindre au Québec par rapport à l'Ontario, cet écart disparaît lorsqu'on compare la zone métropolitaine de Montréal et le sud de l'Ontario².

187. Il est peu probable que le léger avantage du Québec rural sur l'Ontario dans le cas de cette maladie se maintienne longtemps, car en douze ans, le taux de décès au Québec s'est accru de 110.8 pour cent comparativement à 78.6 pour cent en Ontario durant cette même période (1950-1963).

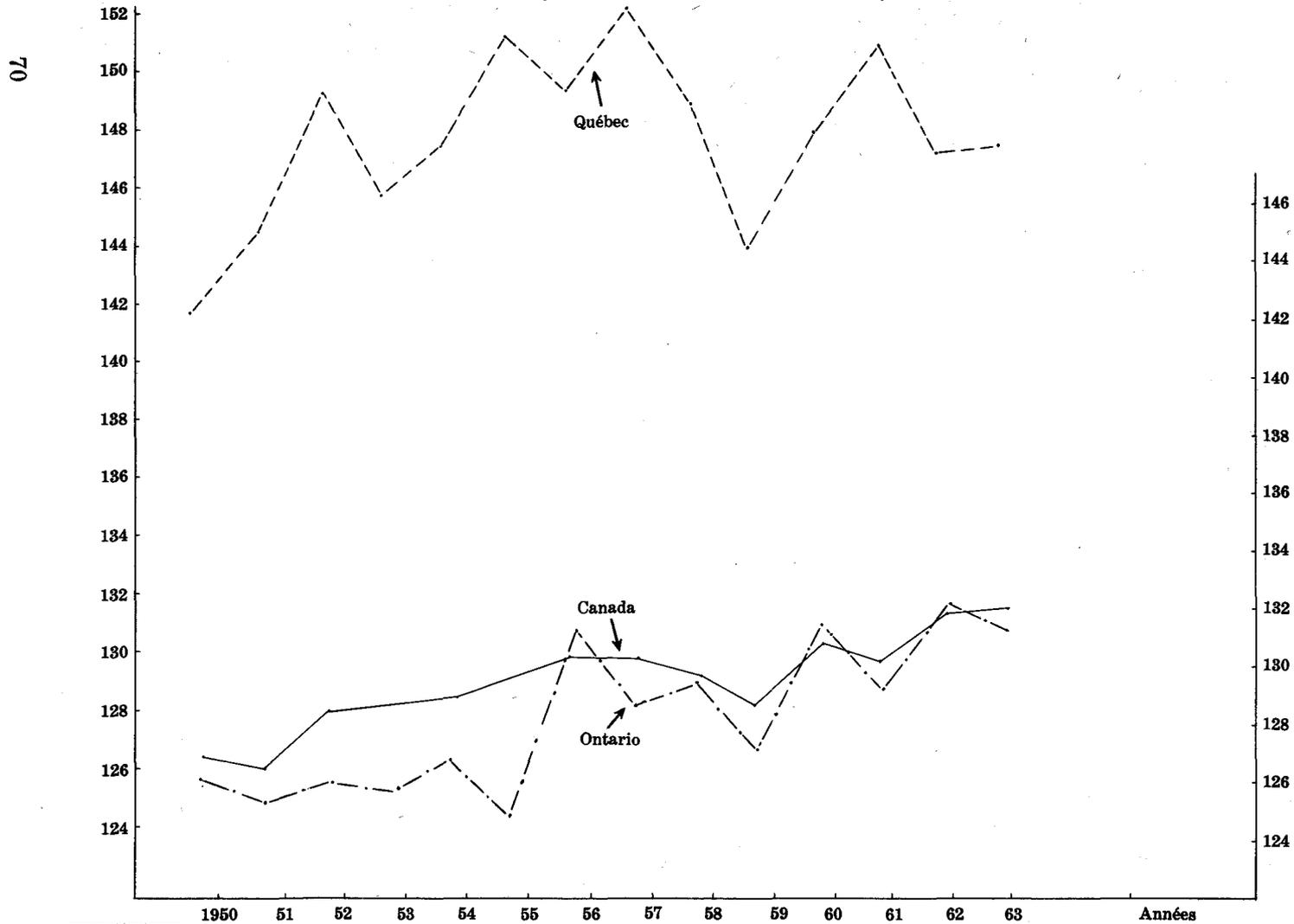
* Pour 100,000 h.

¹ Voir l'annexe 3 de notre rapport.

² J. S. Cudmore, J. Silins et W. Zayachkowski : « Cancer Mortality by Local Areas, Canada 1960-62 », *Canadian Journal of Public Health*, janvier 1968, vol. 59, N° 1, pp. 21-24.

GRAPHIQUE II.2 CANCER

Taux * normalisés des décès dus au cancer, pour les deux sexes, au Québec, en Ontario et au Canada, de 1950 à 1963



Source : B. F. S., *Mortalité générale due au cancer, 1950 à 1963*, Imprimeur de la Reine, Ottawa, 1965, cat. 84-520, pp. 24-25.
* Pour 100,000 h.

TABLEAU II.10

CANCER

Taux * bruts et normalisés des décès dus au cancer, pour le sexe masculin, au Québec, en Ontario et au Canada, de 1950 à 1963

Année	Québec		Ontario		Canada	
	Brut	Normalisé	Brut	Normalisé	Brut	Normalisé
1950 . . .	113.6	143.4	143.2	129.7	131.2	128.2
1951 . . .	116.4	145.7	141.2	129.2	131.2	128.5
1952 . . .	126.5	158.5	144.0	133.9	136.1	134.1
1953 . . .	121.9	152.6	140.4	132.1	135.4	133.9
1954 . . .	121.5	152.2	143.1	135.5	136.3	135.2
1955 . . .	129.7	164.4	139.0	132.5	138.7	138.3
1956 . . .	125.0	158.7	148.7	142.4	139.5	139.5
1957 . . .	124.9	158.9	144.1	140.4	137.7	139.2
1958 . . .	124.7	159.6	142.8	141.1	136.9	139.6
1959 . . .	118.5	150.4	139.3	137.8	134.6	137.0
1960 . . .	126.6	160.1	145.3	144.0	139.4	141.7
1961 . . .	133.6	168.6	148.3	146.8	143.4	145.4
1962 . . .	128.5	160.3	150.3	148.7	143.7	145.4
1963 . . .	130.3	161.2	149.7	148.0	143.8	145.5
Changement procentuel en- tre les deux pé- riodes (1950-52 et 1961-63)	—	9.5%	—	12.9%	—	11.6%

Source : B. F. S., *Mortalité générale due au cancer, 1950 à 1963*, cat. 84-520, pp. 24-25.

* Pour 100,000 h.

TABLEAU II.11

CANCER

Taux * bruts et normalisés des décès dus au cancer, pour le sexe féminin, au Québec, en Ontario et au Canada, de 1950 à 1963

Année	Québec		Ontario		Canada	
	Brut	Normalisé	Brut	Normalisé	Brut	Normalisé
1950 . . .	114.7	139.0	139.4	120.8	123.8	124.1
1951 . . .	117.1	142.1	138.3	120.2	123.2	123.3
1952 . . .	115.4	138.6	132.8	116.5	121.1	121.1
1953 . . .	114.3	137.8	134.1	118.0	122.3	122.2
1954 . . .	118.2	141.7	131.6	116.5	121.3	121.1
1955 . . .	113.5	136.7	130.7	115.9	119.8	119.7
1956 . . .	114.3	138.8	133.0	118.5	119.8	119.8
1957 . . .	119.6	144.3	128.1	115.7	119.6	120.0
1958 . . .	114.7	137.4	127.6	116.1	118.0	118.5
1959 . . .	114.7	136.3	127.3	115.2	119.6	119.7
1960 . . .	114.4	134.7	130.0	117.6	119.8	118.5
1961 . . .	113.3	132.0	122.9	110.2	115.7	113.5
1962 . . .	115.9	133.2	127.8	114.1	120.1	117.1
1963 . . .	116.6	132.5	127.6	113.5	121.4	117.4
Changement procentuel en- tre les deux pé- riodes (1950-52 et 1961-63)	—	—5.2%	—	—5.5%	—	—5.6%

Source : B. F. S., *Mortalité générale due au cancer, 1950 à 1963*, cat. 84-520, pp. 24-25.

* Pour 100,000 h.

188. On sait que les facteurs associés au cancer du poumon et des bronches, tels que la pollution atmosphérique et, surtout, l'usage de la cigarette, n'auront d'effet sur la fréquence de cette maladie qu'après une ou plusieurs décennies et nous n'en tirerons des statistiques de décès qu'à ce moment-là. Or, le rythme d'urbanisation et d'industrialisation s'est accéléré au Québec, surtout au cours de l'après-guerre; quant à la cigarette, les enquêtes récentes indiquent que 61.8 pour cent des Québécois de sexe masculin en font un usage régulier contre 50.6 pour cent des Ontariens ¹. Dans ces conditions, le risque de contracter un cancer des voies respiratoires inférieures augmente rapidement au Québec.

189. On sait que chez les femmes de plus de 25 ans, le cancer est la maladie la plus meurtrière. Environ 40 pour cent des examens révèlent des cancers du sein, ou des organes génitaux et, dans ce dernier cas surtout, on peut les diagnostiquer alors qu'ils sont curables. Cependant, le dépistage du cancer du col n'est pas, au Québec, une pratique très courante puisque 16 pour cent seulement des femmes âgées de 25 ans et plus ont subi cet examen contre 26 pour cent en Ontario, 48 pour cent en Colombie et 26 pour cent dans l'ensemble des régions canadiennes ².

D. — LES ACCIDENTS

190. Contrairement à la maladie coronarienne et au cancer, la mortalité causée par les accidents demeure relativement stable depuis trente ans. Bien que le nombre de véhicules à moteur ait quadruplé, que la prolifération de la machinerie industrielle et des appareils ménagers ait multiplié les risques, le taux des accidents mortels n'a accusé que des fluctuations assez légères pendant la période de 1950 à 1964 (tableau II.12).

191. Cependant, en 1965, 1966 et 1967, les accidents mortels de circulation au Québec sont supérieurs à ceux de l'Ontario. En 1967, le Québec accuse 54 pour cent contre 46 pour cent en Ontario (tableau II.13). Compte tenu du nombre supérieur de conducteurs et de véhicules moteurs en Ontario, cette province, à la vérité, revendique un risque d'accident mortel presque deux fois moindre (tableau II.14).

¹ Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, *Smoking Habits of Canadians*, Ottawa, 1964, pp. 25-26.

² George H. Anderson, Donald W. Thompson et David D. Kulcsar : « Survey of Cytological Facilities in Canada », *The Canadian Medical Association Journal*, septembre 1969, vol. 101, N° 5, pp. 279-285.

192. Si les taux de décès demeurent quasi identiques à ceux d'il y a 30 ans, le nombre de morts a doublé. Or les morts et les blessés dans les accidents de la route sont en majorité de jeunes adultes dont le décès prématuré constitue une lourde perte pour la société en raison des investissements effectués pour leur éducation et leur bien-être. Par conséquent, toute politique qui améliore l'état général de la santé doit se fixer des objectifs opérationnels en vue d'éliminer des risques de mort prématurée par accident. L'état des routes, la construction et l'entretien des véhicules à moteur, les règlements de sécurité routière, le comportement des conducteurs et des piétons sont des facteurs clés de réduction de la fréquence et de la gravité des accidents de circulation.

TABLEAU II.12

MORTS ACCIDENTELLES

Taux * bruts et normalisés des morts accidentelles, au Québec, en Ontario et au Canada, de 1950 à 1964

Année	Québec		Ontario		Canada	
	Brut	Normalisé	Brut	Normalisé	Brut	Normalisé
1950 . . .	47.5	50.2	59.2	57.4	55.5	55.5
1951 . . .	52.2	55.5	60.5	58.5	57.7	57.7
1952 . . .	54.3	47.0	61.2	59.4	59.4	59.3
1953 . . .	54.6	57.7	59.5	58.0	58.5	58.4
1954 . . .	47.8	50.9	58.8	57.3	55.2	55.1
1955 . . .	52.3	55.4	59.2	57.9	56.4	56.3
1956 . . .	51.1	54.3	58.5	57.1	57.7	57.7
1957 . . .	56.7	60.8	59.2	58.0	58.1	58.2
1958 . . .	50.2	52.9	52.2	51.4	53.6	53.8
1959 . . .	50.7	53.3	53.8	53.2	54.0	54.2
1960 . . .	49.7	52.4	51.5	50.8	52.6	52.8
1961 . . .	50.0	52.7	52.4	51.8	52.9	53.2
1962 . . .	52.5	55.3	53.1	52.4	54.3	54.6
1963 . . .	51.5	53.8	55.1	54.5	54.3	54.5
1964 . . .	55.0	57.2	51.2	50.8	54.9	55.1
Changement procentuel en- tre les deux pé- riodes (1950-52 et 1961-63)	—	2.2%	—	-10.0%	—	-4.8%

Source : B. F. S., *Mortalité accidentelle, 1950 à 1964*, Imprimeur de la Reine, Ottawa, 1966, cat. 84-522, pp. 20-21.

* Pour 100,000 h.

TABLEAU II.13

ACCIDENTS DE LA CIRCULATION

Mortalité au Québec, en Ontario et au Canada, en 1965, 1966 et 1967

Année	QUÉBEC			ONTARIO			CANADA		
	nombre	taux * brut	$\frac{II}{I} \times 100$ **	nombre	taux brut	$\frac{II}{I} \times 100$	nombre	taux brut	$\frac{II}{I} \times 100$
1965	1,628	28.8	54%	1,612	23.9	45%	5,049	25.8	46%
1966	1,792	31.0	55%	1,636	23.5	44%	5,410	27.0	47%
1967	1,687	28.7	54%	1,715	24.0	46%	5,522	27.1	48%

Source : B. F. S., *La statistique de l'état civil*, Imprimeur de la Reine, Ottawa, Rapports préliminaires de 1965, 1966 et 1967, cat. 84-201.

* Taux pour 100,000 h.

** Ce pourcentage représente la mortalité par rapport à l'ensemble des décès par mort accidentelle.

TABLEAU II.14

Accidents de la route, au Québec, en Ontario et au Canada, en 1966 et 1967

	1966			1967		
	QUÉBEC	ONTARIO	CANADA	QUÉBEC	ONTARIO	CANADA
1. Accidents mortels	1,466	1,347	4,446	1,393	1,400	4,535
2. Morts	1,727	1,596	5,281	1,622	1,719	5,249
3. Blessés	41,223	65,210	161,197	44,270	67,280	168,142
4. Total des accidents	135,143	139,781	426,105	139,111	145,008	452,759
5. Véhicules moteurs enregistrés . .	1,556,342	2,643,474	7,035,261	1,769,154	2,736,366	7,495,203
6. Conducteurs (incluant chauffeurs)	1,631,000	2,819,884	7,659,728	1,654,721	2,997,604	8,080,193
7. % total des accidents/véhicule	8.7	5.3	6.1	7.9	5.3	6.0
8. % total des accidents/conducteurs	8.3	4.9	5.6	8.4	4.8	5.6

Sources : B. F. S., *Motor Vehicle Traffic Accidents*, Imprimeur de la Reine, Ottawa, 1967, cat. 53-206, pp. 6-7; B. F. S., *The Motor Vehicle, part III: Registrations*, Ottawa, 1967, cat. 53-219, pp. 10-11.

E. — LA MORTALITÉ INFANTILE

193. Parmi les causes de décès prématuré, la mortalité infantile a, comme les accidents, une importance sociale considérable. Généralement citée comme l'indice classique du développement sanitaire d'une nation, la mortalité infantile mérite une attention particulière au Québec en raison des changements importants survenus au cours des trente dernières années. Depuis 1938, le taux de la mortalité infantile¹ au Québec est passé de 76.9 (par 1,000 naissances vivantes) à 25.0, soit une baisse de 67.5 pour cent. Durant cette période, le taux comparatif en Ontario a diminué de 56.5 pour cent, mais il n'est plus que de 20.2 en 1965-67 alors que celui du Québec atteint 25.0 (tableau II.15).

TABLEAU II.15
MORTALITÉ INFANTILE

Taux * de mortalité infantile, au Québec, en Ontario et au Canada, de 1938 à 1967

Année	Québec	Ontario	Canada
1938-40	76.9	46.4	61.0
1941-43	71.1	42.5	57.2
1944-46	61.5	40.3	52.2
1947-49	54.2	36.2	44.7
1950-52	49.8	32.0	39.4
1953-55	40.9	26.8	32.9
1956-58	38.5	25.0	31.0
1959-61	31.7	23.5	27.6
1962-64	29.7	22.4	26.2
1965-67	25.0	20.2	22.9
Changement procentuel entre les deux périodes (1938-40 et 1965-67) . .	-67.5	-56.5	-62.5

Sources : B. F. S., *La statistique de l'état civil, 1966*, cat. 84-202, p. 163; B. F. S., *La statistique de l'état civil, 1967*, Imprimeur de la Reine, Ottawa, 1969, cat. 84-202, p. 165.

* Pour 1,000 naissances vivantes.

194. On a une idée de l'effort qu'il reste à fournir si on compare la situation du Québec avec celle de nations évoluées (tableau II.16). L'économie des pays scandinaves n'est pas, sauf en Suède, plus pros-

¹ Le taux de mortalité infantile représente le nombre annuel de décès chez les enfants de moins d'un an pour 1,000 naissances vivantes.

père que celle du Canada. C'est grâce à un système particulier de distribution des soins aux mères et aux enfants, à des soins maternels continus et à d'autres mesures de sécurité sociale que ces pays ont atteint un niveau de mortalité infantile aussi bas.

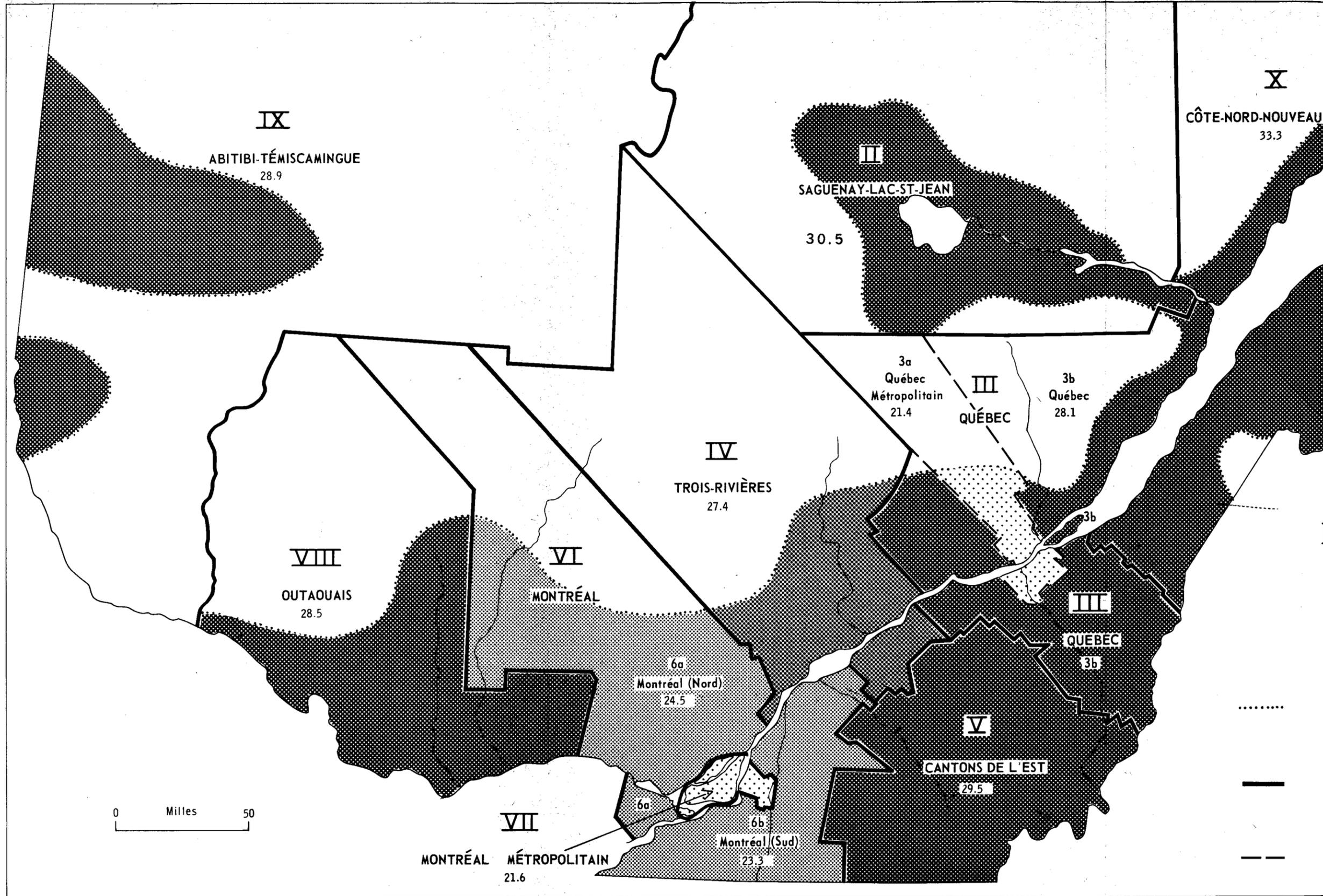
195. On ne peut ignorer en effet qu'au Québec les disparités régionales au chapitre de la mortalité infantile sont très marquées. Les régions métropolitaines de Montréal et de Québec ont un taux bien inférieur à celui des autres régions économiques, 21.5 pour la période 1965-67, contre 28.0 (carte II.1. ci-contre).

196. À l'échelon des divisions de recensement, les statistiques, pour cette même période, indiquent que le taux de certains comtés ruraux atteint le double de celui de Montréal. Selon une étude du Bureau fédéral de la statistique, 46 comtés de recensement sur les 76 du Québec avaient, en 1962-64, un taux sensiblement plus élevé que celui de la moyenne nationale alors que l'Ontario ne comptait que cinq comtés à mortalité infantile aussi élevée¹.

197. À l'intérieur même de l'île de Montréal, on relève d'importantes disparités (carte II.2, Mortalité infantile, 1965-1966-1967, Ile de Montréal). La plupart des municipalités de l'ouest de l'île ont des taux comparables à ceux des pays scandinaves tandis que certaines municipalités de l'est de l'île et certains quartiers défavorisés de Montréal présentent des taux plus élevés que la moyenne provinciale (tableaux II.17.1 et II.17.2).

198. La mortalité infantile, comme la mortalité périnatale qui suit le même profil, constitue un indice précieux pour l'orientation de la politique de la santé vis-à-vis des soins préventifs et curatifs aux mères et aux enfants. L'analyse régionale met clairement en évidence des zones défavorisées et souligne la nécessité d'une action prioritaire.

¹ J. S. Cudmore, J. Silins et W. Zayachkowski : « Infant Mortality by Local Areas, Canada, 1962-64 », communication présentée aux membres de l'Association canadienne de santé publique réunis en congrès à Ottawa, avril 1967.



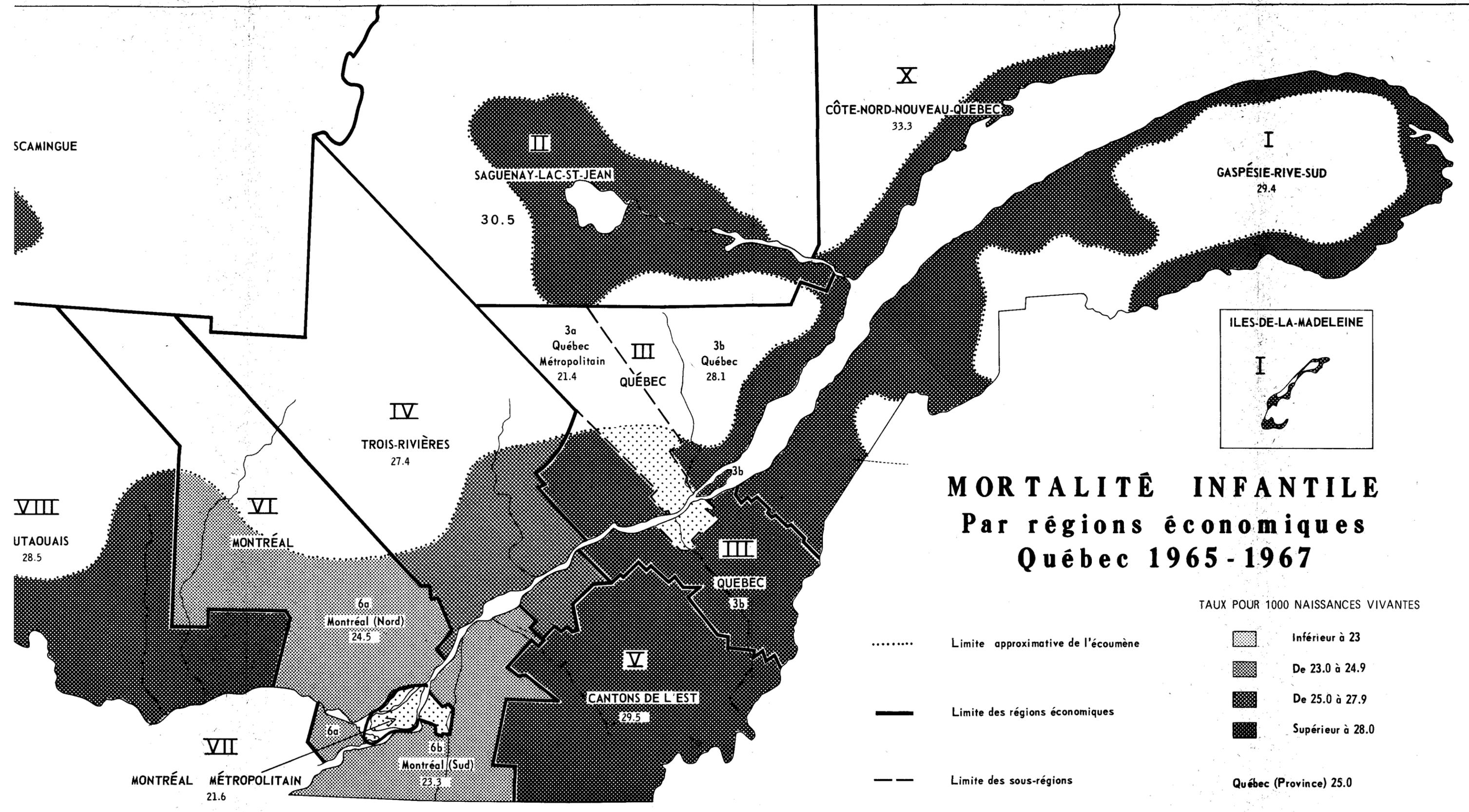


TABLEAU II.16

MORTALITÉ INFANTILE

Taux de mortalité infantile pour certains pays, le Québec et l'Ontario, 1966

<i>Pays</i>	<i>Taux</i>	<i>Rang *</i>
Suède	12.6	1
Finlande	14.4	2
Pays-Bas	14.7	3
Danemark	16.9	4
Norvège	17.0	5
Suisse	17.2	6
Nouvelle-Zélande	17.7	7
Australie	18.2	8
Angleterre et Pays de Galles	19.0	9
Japon	19.3	10
France	21.8	11
Canada	23.1	12
Écosse	23.2	13
États-Unis	23.4	14
République fédérale d'Allemagne	23.6	15
Irlande	24.9	16
Irlande du Nord	25.6	17
Québec	25.3	
Ontario	20.2	

Source : B. F. S., *La statistique de l'état civil, 1966*, cat. 84-202, p. 40.

* Le rang, ici, n'est pas tiré de la classification internationale mais représente l'ordre dans lequel s'insèrent les pays choisis pour comparaison.

TABLEAU II.17.1

MORTALITÉ INFANTILE

Taux * annuel moyen de mortalité infantile, île de Montréal, 1965-67

<i>Taux inférieur à 15.9</i>		<i>Taux variant de 16 à 23.9</i>		<i>Taux supérieur à 24</i>	
Baie-d'Urfé	8.7	Anjou	19.4	Montréal-Nord	30.1
Beaconsfield	13.1	Côte-Saint-Luc	21.1	Outremont	24.6
Dollard-des-Ormeaux	9.1	Lachine	21.5	Pointe-aux-Trembles	30.1
Dorval	12.6	LaSalle	21.9	Sainte-Genève	71.8 **
Montréal-Est	14.1	Sainte-Anne-de-Bellevue	17.4	Verdun	24.7
Montréal-Ouest	9.0	Saint-Laurent	18.4		
Mont-Royal	10.2	Saint-Michel	16.0	Ville de Montréal :	23.4
Pierrefonds	13.1	Saint-Pierre	17.7	Municipalités de l'île	
Pointe-Claire	10.6	Westmount	21.7	(sauf Montréal) :	20.2
Roxboro	11.6				
Saint-Léonard	15.1				

Source : Données inédites obtenues du Bureau fédéral de la statistique concernant les naissances et les décès enregistrés dans les comtés de recensement et les municipalités de 1,000 h. et plus pour les années 1965, 1966 et 1967.

* Pour 1,000 naissances vivantes.

** Ce taux élevé s'explique par la présence dans la municipalité d'une garderie spécialisée pour enfants atteints de malformations congénitales.

MORTALITÉ INFANTILE, 1965 - 1966 - 1967

Ile de Montréal

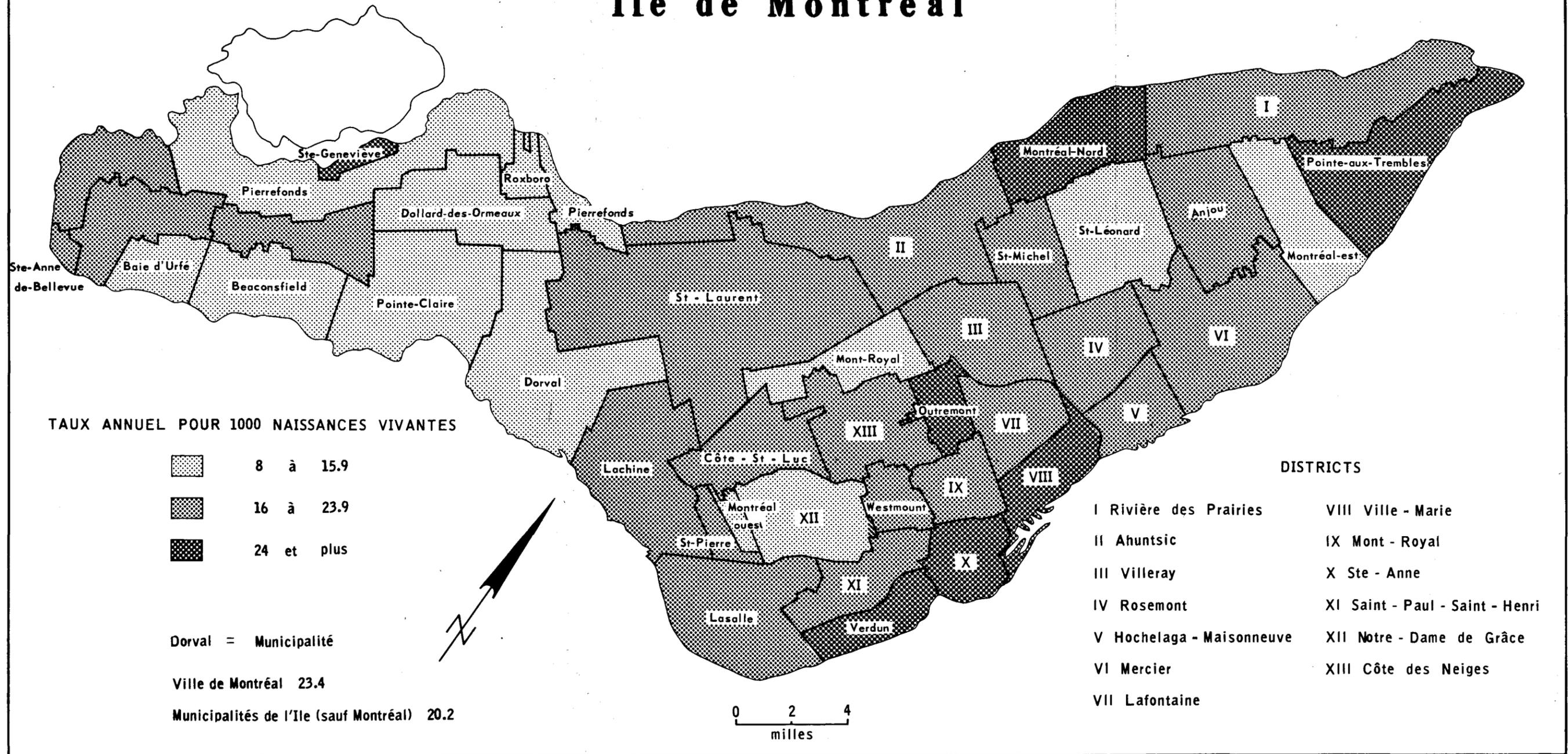


TABLEAU II.17.2

MORTALITÉ INFANTILE

Taux * annuel moyen de mortalité infantile par quartier, dans la ville de Montréal, en 1965, 1966 et 1967

<i>Taux inférieur à 15.9</i>	<i>Taux variant de 16 à 23.9</i>	<i>Taux supérieur à 24</i>
Notre-Dame-de-Grâce . . . 15.2	Rivière-des-Prairies 22.1	Ville-Marie 27.6
	Ahuntsic 18.2	Sainte-Anne 26.4
	Villeray 18.0	
	Rosemont 20.5	
	Hochelaga-Maisonneuve . . 23.4	Ville de Montréal : 23.4
	Mercier 16.3	Municipalités de l'île (sauf Montréal) : 20.2
	Lafontaine 22.8	
	Mont-Royal 21.0	
	Saint-Paul — Saint-Henri . 19.4	
	Côte-des-Neiges 17.6	

Source : Données inédites obtenues du Service de santé de la ville de Montréal, Division de la démographie.
* Pour 1,000 naissances vivantes.

F. — LA TUBERCULOSE

199. Au même titre que la mortalité infantile, la tuberculose constitue un problème sanitaire résiduel car, malgré sa régression marquée dans les pays industrialisés, aucun de ces pays n'a encore mis en œuvre de programme d'éradication. Grâce à l'action vigoureuse des pouvoirs publics et à des programmes d'éducation populaire, le Québec a accompli depuis quinze ans des progrès impressionnants : le taux brut de mortalité est passé de 39.6 pour 100,000 h. en 1950 à 5.9 en 1965 (graphique II.3) ; pendant cette même période, le taux brut des nouveaux cas évolutifs qui atteignait 123.0 pour 100,000 h. s'abaissait à 28.0 (graphique II.4). Notre taux annuel d'incidence tend, depuis 1964, à se rapprocher du taux canadien, bien qu'il soit constamment plus élevé que celui de l'Ontario.

TABLEAU II.18

TUBERCULOSE

Taux * d'incidence annuelle ** des cas de tuberculose, au Québec, en Ontario et au Canada, en 1964, 1965, 1966 et 1967

	QUÉBEC	ONTARIO	CANADA
1964	23	17	24
1965	28	17	24
1966	23	17	23
1967	25	16	23

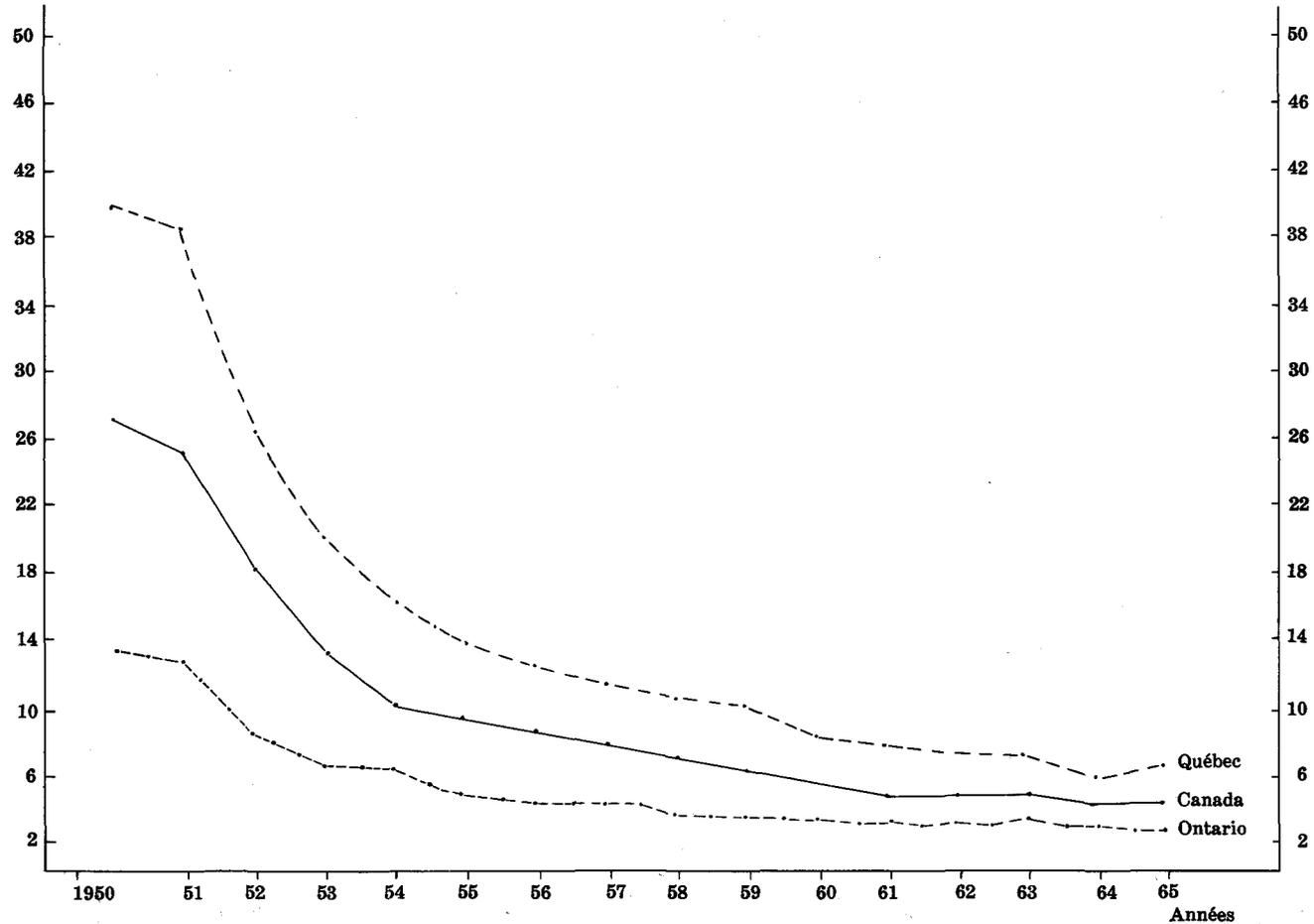
Source : Données parues dans *L'Union médicale du Canada*, novembre 1969, tome 98, N° 11, p. 1940.

* Pour 100,000 h.

** L'incidence annuelle désigne le nombre de nouveaux cas évolutifs signalés durant une année.

GRAPHIQUE II.3
TUBERCULOSE

Taux * bruts de mortalité par tuberculose, au Québec, en Ontario et au Canada, de 1950 à 1965

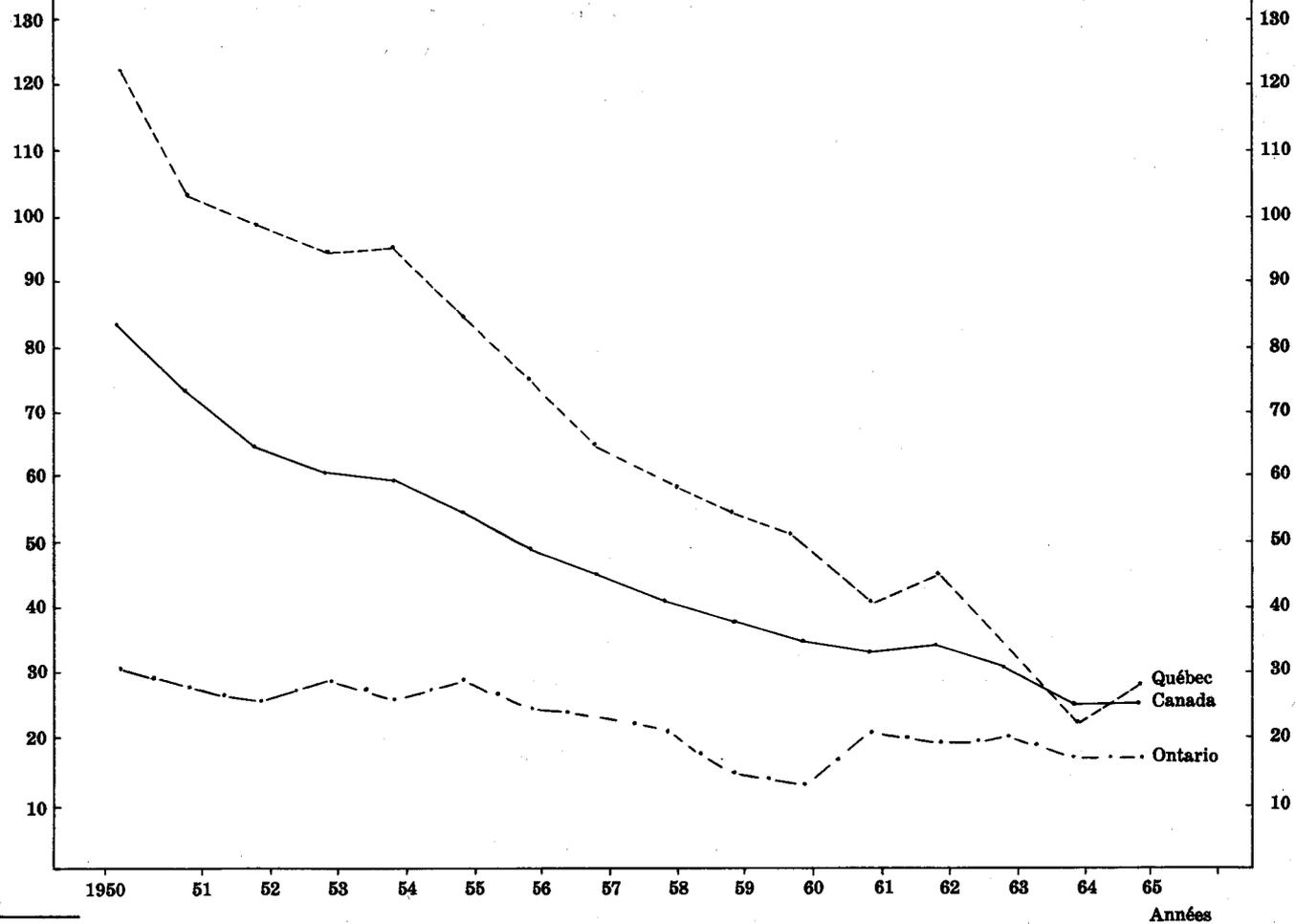


Source : B. F. S., *La statistique de la tuberculose - volume I : Morbidité et mortalité, 1965*, Imprimeur de la Reine, Ottawa, 1967, cat. 83-206, pp. 36-37.

* Pour 100,000 h.

GRAPHIQUE II.4 TUBERCULOSE

Taux * bruts de l'incidence de la tuberculose **, au Québec, en Ontario et au Canada, de 1950 à 1965



Source : B. F. S., *La statistique de la tuberculose, volume 1, 1965*, cat. 83-206, p. 43.

* Pour 100,000 h.

** Déclaration de nouveaux cas évolutifs.

200. Il faut bien ajouter toutefois que la lutte antituberculeuse semble marquer le pas depuis quelques années tant au Québec que dans l'ensemble du Canada. Au Québec, on signale même une recrudescence des nouveaux cas évolutifs depuis deux ans¹. La région économique du Saguenay—Lac-Saint-Jean et la région de Québec apparaissent particulièrement touchées, alors que les taux les plus bas appartiennent aux régions du nord et du sud de Montréal (tableau II.19).

201. Si les décès par tuberculose sont rares avant vingt ans, on a par contre signalé chez les jeunes quelques éclosions épidémiques². Contrairement aux décès à un âge avancé, l'incidence tend à s'élever progressivement dès la vingtaine, les hommes étant, en moyenne, deux fois plus atteints que les femmes. Sur 1,953 cas nouveaux ou de récédive déclarés en 1968, on compte 1,205 hommes et 748 femmes³.

202. Selon les statistiques officielles, on diagnostique la tuberculose plus tardivement au Québec qu'en Ontario. Au Québec, en 1965, 22.1 pour cent des malades admis au sanatorium présentent une tuberculose avancée, contre 14.6 pour cent en Ontario, et plus de 42.6 pour cent des nouveaux cas hospitalisés ont une forme assez avancée de tuberculose, alors qu'en Ontario seulement 29.5 pour cent atteignent ce stade (tableau II.20). On note que l'hospitalisation est plus tardive chez l'homme que chez la femme : ceci explique jusqu'à un certain point la prédominance des formes graves et mortelles chez l'homme. De plus, un certain nombre de tuberculeux quittent le sanatorium contre l'avis du médecin traitant, et le pourcentage en est particulièrement élevé au Québec comme en fait foi le tableau II.21.

¹ Ministère de la Santé du Québec, *Registre de la tuberculose*, Rapport statistique de 1968, p. 7C.

² John W. Davies : « Epidemics of Tuberculosis in Canada in the Sixties », *Canadian Medical Association Journal*, avril 1967, vol. 96, N° 16, pp. 1156-1160.

³ Ministère de la Santé du Québec, *Registre de la tuberculose*, *op. cit.*, p. 2.

TABLEAU II.19

TUBERCULOSE

Incidence de la tuberculose, au Québec, par région économique,
en 1967-1968

RÉGIONS		Nombre de cas	Taux* pour 100,000 h.
I	Gaspésie — Rive-Sud	253	32.5
II	Saguenay — Lac-Saint-Jean	276	51.6
IIIa	Région de Québec	404	45.8
IIIb	Québec	234	45.1
IV	Trois-Rivières	244	40.1
V	Cantons de l'Est	297	30.6
VIa	Montréal Nord	161	20.8
VIb	Montréal Sud	165	20.0
VII	Montréal métropolitain	1,300	27.6
VIII	Outaouais	102	25.7
IX	Abitibi — Témiscamingue	129	36.9
X	Côte Nord — Nouveau-Québec . . .	127	36.3
	Sans domicile fixe	2	
	TOTAL	3,704	32.0

Source : Données inédites obtenues du Service de la tuberculose, ministère de la Santé, Québec.

* On a calculé ces taux bruts sur la base des chiffres régionaux de la population du Québec pour 1966.

TABLEAU II.20

TUBERCULOSE

Degré de gravité de la tuberculose au moment de l'admission au sanatorium et répartition procentuelle des cas suivant le sexe, au Québec, en Ontario et au Canada, en 1965

Degré de gravité		Québec		Ontario		Canada	
		Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Tuberculose	H	910	100.0	633	100.0	2,552	100.0
	F	530	100.0	379	100.0	1,645	100.0
	T	1,440	100.0	1,012	100.0	4,197	100.0
a) pulmonaire minime	H	130	14.3	137	21.6	456	17.9
	F	132	24.9	115	30.3	446	27.1
	T	262	18.2	252	24.9	902	21.5
b) pulmonaire assez avancée	H	395	43.4	198	31.3	888	34.8
	F	219	41.3	101	26.6	488	29.7
	T	614	42.6	299	29.5	1,376	32.8
c) pulmonaire très avancée	H	239	26.3	109	17.2	510	20.0
	F	79	14.9	39	10.3	189	11.5
	T	318	22.1	148	14.6	699	16.7
d) autres formes de tuberculose	H	146	16.0	189	29.9	698	27.3
	F	100	18.9	124	32.8	522	31.7
	T	246	17.1	313	31.0	1,220	29.0

TABLEAU II.21

TUBERCULOSE

Sorties des établissements pour tuberculeux, au Québec, en Ontario et au Canada, en 1965

Conditions de la sortie	QUÉBEC		ONTARIO		CANADA	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Sur avis médical . . .	1,820	80.0	1,494	93.6	5,663	85.1
Contre avis médical .	364	16.0	73	4.6	708	10.6
Autres causes	91	4.0	30	1.8	280	4.3
TOTAL	2,275		1,597		6,651	

Source : B. F. S., *La statistique de la tuberculose, volume I, 1965*, cat. 83-206, p. 80.

203. Les spécialistes se plaignent du comportement de leurs clients et déplorent que la population ne profite pas pleinement du dépistage et du traitement gratuits. Avant d'incriminer le public, il faut penser à réformer le programme antituberculeux dont le caractère est parfois trop anonyme et, surtout, ne prête pas une attention suffisante aux zones à forte prévalence. Plusieurs facteurs entravent les progrès de la lutte contre la tuberculose : la dispersion actuelle des responsabilités entre les organismes chargés de la prévention ou du traitement, l'absence de participation de l'omnipraticien au traitement des malades et, enfin, le séjour prolongé dans un établissement spécialisé, séjour que le malade perçoit souvent comme une forme de ségrégation en raison même du caractère spécialisé de cet établissement.

204. Malgré l'absence d'arme nouvelle, on peut espérer prévenir une résistance aux médicaments par une meilleure coordination des efforts sur le plan du dépistage et du traitement, le concours de l'omnipraticien à toutes les phases du traitement et, enfin, l'intégration des départements pour tuberculeux au sein de l'hôpital général. L'intervention opportune de la travailleuse sociale favorise la guérison et la réintégration sociale des anciens malades¹. Maladie sociale, la tuberculose exige une approche et une thérapeutique à la fois sociales et médicales.

¹ Gaston Leduc : « État actuel de la tuberculose », *L'Union médicale du Canada*, novembre 1969, tome 98, N° 11, pp. 1939-1942.

G. — LES MALADIES MENTALES

205. Parmi les maladies à répercussion sociale, les maladies mentales occupent une place prépondérante. Il est difficile de se rendre compte si leur incidence suit une courbe ascendante, car les critères d'évaluation de la santé mentale varient beaucoup d'une époque à l'autre et sont, dans une société pluraliste comme la nôtre, hautement dépendants des valeurs culturelles.

206. Selon les études épidémiologiques effectuées en Amérique du Nord, 8 à 10 personnes sur 1,000 souffrent d'une maladie mentale requérant un traitement psychiatrique, 20 à 50 pour cent des habitants de ce continent présentent, à un moment donné, des symptômes plus ou moins marqués d'inadaptation¹ et on estime que plus du tiers des malades traités par des omnipraticiens souffrent de troubles psychiques.

207. Il n'existe pas, dans notre milieu, de données statistiques précises sur les désordres psychiques pour l'ensemble de la population, et on ne peut résumer que les formes les plus graves traitées en établissement spécialisé. Or la population des hôpitaux psychiatriques diminue progressivement grâce à l'influence des médicaments psychotropes et à la popularité croissante du traitement en consultation externe. Depuis 1962, au Québec, l'effectif des lits psychiatriques a diminué de 6,000 unités, déclinant environ de 22,000 à 16,633 lits², par suite d'une meilleure organisation des services de consultation externe offerts à la population.

208. La santé mentale se mesure aussi à la fréquence de l'alcoolisme, de la toxicomanie et des autres formes de déviance sociale. On estime que le nombre des alcooliques au Québec se situe entre 80,000 et 100,000; soit un taux de 2,500 pour 100,000 personnes de 20 ans et plus³. Ces chiffres s'appuient sur le taux des décès par cirrhose du foie et restent probablement bien en deçà de la réalité.

209. L'usage de l'alcool, de la cigarette et des drogues chez les étudiants a fait l'objet d'une enquête récente de l'OPTAT. Sur les

¹ Alexander Leighton : *My Name is Legion*, Basic Books Inc., New York, 1959. C. Gurin et al. : *American View their Mental Health*, Basic Books Inc., New York, 1960. L. Srole et al. : *Mental Health in the Metropolis : the Midtown Manhattan Study*, op. cit.

² Communication du docteur Dominique Bédard au Congrès de l'Association canadienne pour la santé mentale, rapportée dans « Le domaine psychiatrique au Québec », *L'Union médicale du Canada*, juillet 1969, tome 98, N° 7, p. 1072.

³ Données obtenues de l'OPTAT (Office de prévention et de traitement de l'alcoolisme et des autres toxicomanies), ministère de la Santé du Québec.

4,500 étudiants de l'île de Montréal qui furent interrogés, près de la moitié fumaient et consommaient régulièrement de l'alcool. Par contre, la consommation de drogues : marijuana, stimulants, tranquillisants, barbituriques, LSD et autres hallucinogènes, apparaît comme un phénomène temporaire et expérimental chez la grande majorité d'entre eux ¹.

210. Une enquête plus révélatrice, puisqu'elle porte sur un échantillon de 20,000 étudiants des collèges et des universités du Québec, nous apprend que près de 10 pour cent des sujets ont eu au moins une expérience des hallucinogènes et que la marijuana est la substance la plus couramment utilisée en ce cas ².

211. L'usage non contrôlé des hallucinogènes dans la population étudiante augmente depuis 1968, et le danger que représente la progression de ce fléau social ne saurait être minimisé.

212. Face au problème sérieux des maladies mentales, au poids considérable qu'elles représentent pour le système de distribution des soins puisqu'elles exigent plus du quart des dépenses pour la santé, les méthodes psychiatriques traditionnelles axées sur l'isolement des malades de leur milieu apparaissent nettement dépassées. C'est un domaine où la prévention exercera un rôle capital ³. Nous n'avons évoqué ici cet important problème des troubles mentaux que d'une façon succincte, car l'étude de l'évolution des caractères épidémiologiques des maladies mentales est difficile en raison des modifications fondamentales survenues dans les soins psychiatriques.

CONCLUSION

213. On se rend de plus en plus compte qu'une meilleure connaissance des lois écologiques devient indispensable à la sauvegarde de la santé humaine. La contamination du milieu naturel viole certaines de ces lois. Ainsi, la pollution croissante des ressources naturelles est-elle devenue l'un des défis prioritaires auxquels l'homme doit maintenant faire face.

¹ OPTAT : *La consommation de drogues chez les étudiants du secondaire et du collégial de l'île de Montréal*, enquête réalisée par Lucien Laforest et publiée par le gouvernement du Québec, avril 1969.

² S. Radouco-Thomas et collaborateurs : « Enquête sur l'usage des psychodysléptiques (hallucinogènes) dans les collèges et universités de la province de Québec », *Laval médical*, janvier 1966, vol. 40, N° 1, pp. 103-107.

³ François Cloutier : *La santé mentale*, Presses Universitaires de France, 1966, p. 6. (Que Sais-Je, No 1223)

214. Une analyse des causes de la détérioration du milieu montre qu'il n'est plus possible d'isoler les problèmes engendrés par les divers types de pollution, et qu'une action concertée et immédiate s'avère nécessaire. Les problèmes de pollution augmentent à un taux effarant. Si la situation actuelle se prolonge, on estime ¹, sur la base des statistiques disponibles pour les États-Unis et des études partielles faites au Canada, que la consommation d'eau au Québec pour les cinquante prochaines années doublera au moins, tandis que son degré de pollution augmentera de 400 pour cent.

215. La quantité des déchets (per capita) augmentera d'au moins 50 pour cent de même que la population du Québec qui, elle-même, doublera à la fin du siècle. Les problèmes issus de situations semblables sont d'une telle envergure qu'ils ne peuvent être résolus par des méthodes artisanales.

216. On doit considérer l'amélioration du milieu dans son ensemble, comme le signale la Commission dans la première partie de ce rapport. Les problèmes tiennent essentiellement à l'insuffisance des ouvrages d'épuration des eaux et d'évacuation des résidus industriels et domestiques, à la pollution de l'air par des agents chimiques ou microbiologiques nocifs. De nombreuses questions s'y rattachent : zonage, rénovation urbaine, utilisation des terres, réglementation des lotissements, création d'écoles et de parcs, circulation des véhicules, etc. On doit donc rechercher les solutions dans un vaste programme d'aménagement à l'échelle du Québec, mais encore en coordination avec le Canada et les États-Unis, et particulièrement au sujet de la pollution des eaux.

217. Quant à l'état de santé de la population, on peut se demander si le Québec est en voie d'améliorer sa situation présente. Si on en juge par la courbe générale de mortalité, par la hausse de l'espérance de vie, par le déclin de la mortalité infantile et de la mortalité par certaines formes de cancer, on peut répondre affirmativement. Toutefois, l'écart constaté par rapport à l'Ontario et à certains pays de niveau économique comparable démontre que des progrès importants restent à réaliser face, notamment, aux disparités régionales.

218. Pour certains indices, comme la mortalité infantile et la mortalité par maladie coronarienne, on observe des variations notables

¹ Georges S. Gantcheff : « Estimé approximatif des dépenses pour le contrôle de la pollution », 1968. Document inédit. Voir également l'annexe 6 de notre rapport.

entre les diverses régions du Québec. On note dans le cas de la maladie coronarienne, une augmentation de la mortalité prématurée chez l'homme dans toutes les régions sauf celle du Montréal métropolitain.

219. Un des objectifs majeurs de la détermination des indices de santé vise à formuler une politique de la santé basée sur les besoins de la population. Et, pour les problèmes de santé, les seules données valables obtenues pour l'ensemble de la population sont les statistiques de mortalité. Les seules statistiques sur la morbidité hospitalière concernent des groupes sélectionnés et sont de valeur limitée si on veut utiliser ces données afin d'apprécier les problèmes prioritaires et d'établir une hiérarchie des objectifs. Il faut regretter l'absence d'études de morbidité générale à partir d'échantillons représentatifs de la population. Seules de telles études permettront de dégager les variations des maladies dans différentes régions, d'en évaluer le retentissement social et, enfin, de formuler les objectifs opérationnels appropriés.

La situation actuelle du régime de la santé



La situation actuelle du régime de la santé

220. Nous avons abordé dans le chapitre précédent les problèmes du milieu et certains indices sur l'état de santé. Nous nous contenterons ici d'un exposé général de la situation actuelle du régime de la santé au Québec et nous nous limiterons forcément à ses aspects essentiels. On ne peut mentionner chacun des problèmes particuliers soumis à la Commission au cours des audiences et des visites; aussi les vœux qui en découlent concernent-ils surtout des politiques générales, étant donné l'étendue du mandat de la Commission.

221. Améliorer l'état de santé d'une population, c'est non seulement soigner et guérir la maladie, mais surtout la prévenir et, éventuellement, réadapter celui qui en est victime. En dépit des efforts des dernières décennies pour prévenir la maladie, dans le cadre de politiques d'hygiène publique par exemple, en dépit également de tentatives beaucoup plus récentes en vue de développer des systèmes de réadaptation, l'organisation des soins reste centrée sur le traitement des affections aiguës; l'organisme principal en est l'hôpital; les agents privilégiés, les médecins et particulièrement les spécialistes.

222. Le régime actuel de la santé assure en général des soins de qualité à la population. Les indices classiques de santé confirment la qualité des résultats obtenus, puisque les taux de mortalité générale et infantile de même que « l'espérance moyenne de vie » nous classent incontestablement parmi les pays privilégiés. Pourtant, une analyse plus fouillée de ces indices et d'autres observations obligent à nuancer ce jugement. Il subsiste de si graves carences, en ce qui concerne l'état de santé de certains groupes de population, l'organisation du régime de la santé et l'augmentation rapide des coûts au cours de la dernière décennie, qu'il est urgent de procéder à d'importantes réformes. De plus, les découvertes scientifiques récentes, les moyens nouveaux de communication, comme l'informatique, et l'impulsion donnée aux sciences humaines exigent du régime de la santé beaucoup de souplesse et d'adaptation face au changement perpétuel.

223. Nous consacrons ce chapitre à l'examen de certaines lacunes du présent régime et, notamment, à son organisation, aux modes d'exercice professionnel, aux obstacles qui empêchent la population d'utiliser les soins, à son coût et à sa gestion.

I. — L'ORGANISATION DU RÉGIME DE LA SANTÉ

224. L'organisation actuelle du régime de la santé découle en partie des origines lointaines de la médecine et de son évolution progressive, assez lente jusqu'au dix-neuvième siècle mais extrêmement rapide par la suite. Les connaissances nécessaires au début du siècle pour exercer la médecine et soigner la plupart des maladies sont maintenant connues de tout médecin qui exerce à titre individuel. Le malade recevait les soins à domicile ou au cabinet du médecin, très rarement à l'hôpital.

225. Avec l'augmentation rapide des connaissances qui l'accompagne, la révolution industrielle transforme complètement la situation. La médecine devient plus scientifique et nécessite le recours à des techniques de plus en plus complexes. La spécialisation croissante du personnel, la division et parfois la confusion des tâches, la multiplication des types de personnel professionnel ou technique, les appareils de plus en plus nombreux et perfectionnés, ainsi que l'augmentation des coûts suivent l'évolution générale de la science et de la technique. Mais l'organisation du régime de la santé n'évolue pas au même rythme que les progrès de la médecine. Nous faisons face à une fragmentation, à une dispersion où l'on trouve chevauchements, doubles emplois, graves lacunes, coûts élevés et efforts gaspillés, plutôt qu'un régime coordonné. Il faut améliorer ce régime si l'on souhaite que la qualité des soins suive l'augmentation massive des coûts et des effectifs.

226. Nous croyons que les malaises du régime québécois de la santé sont dus à l'absence d'un véritable système de distribution des soins. Des systèmes partiels se sont développés, qui ont favorisé une catégorie de malades, certains établissements, des aspects particuliers dans l'un et l'autre cas, laissant le médecin libre d'exercer selon ses goûts et ses habitudes, et bien souvent à l'écart de tout système structuré.

A. — DÉFAUTS D'ORGANISATION DU RÉGIME DE LA SANTÉ

227. L'absence d'organisation systématique dans la distribution des soins est manifeste. Les mémoires soumis ainsi que les visites à travers le Québec convainquent la Commission qu'il s'agit là d'une des principales lacunes du régime actuel. Le personnel professionnel et technique est nombreux, les installations hospitalières rivalisent en nombre et en qualité avec ceux de la plupart des pays industrialisés, et les crédits de l'État au secteur de la santé sont considérables.

228. Comme le montre l'étude des indices de l'état de santé de la population québécoise ¹, il existe, chez nous, des disparités régionales et sociales importantes. Il existe également, avec les provinces sœurs comme avec certains pays, des écarts que le régime de la santé doit réduire.

229. En plus des mémoires reçus, des audiences publiques tenues et des visites effectuées, la Commission a mis sur pied des comités dits de consultation populaire ². Leurs témoignages ont permis à la population de mettre en lumière les carences qu'elle percevait.

230. Nombre de lacunes sont liées à l'évolution des sciences de la santé et ne sont pas particulières au Québec; il suffit de citer le Rapport de la *National Advisory Commission on Health Manpower* au Président des États-Unis :

En tant que membres de la Commission et citoyens américains, les indices d'une telle crise nous apparaissent avec évidence : longs délais et retards dans les examens et traitements non urgents; longues périodes d'attente dans les inévitables « salles d'attente », pour n'obtenir qu'une attention hâtive et parfois impersonnelle au cours d'un rendez-vous très bref; difficulté à obtenir des soins durant la nuit et les fins de semaine, sauf dans les services d'urgence hospitaliers; surcharge de certains hôpitaux alors que des lits sont inoccupés dans d'autres établissements; réduction des services hospitaliers par suite du manque de personnel infirmier; double emploi de certains services spécialisés dans une même localité; répartition inégale des soins, ainsi que l'indiquent les statistiques de la santé relatives aux habitants des régions rurales et des secteurs urbains pauvres, aux travailleurs migrants, et aux autres groupes minoritaires, qui rappellent parfois les statistiques d'un pays en voie de développement ; désuétude de certains hôpitaux dans nos plus grandes villes; accroissement rapide du coût des soins, à partir de niveaux qui sont déjà prohibitifs pour certains et qui créent de lourds fardeaux financiers pour beaucoup d'autres ³.

231. Ces remarques, croyons-nous, s'appliquent très bien à notre situation. Pour y remédier, il faut apporter de profondes modifications au présent régime. L'absence d'organisation suivant une perspective globale se traduit notamment par une fragmentation des systèmes de distribution des soins, et principalement aux niveaux des soins de première ligne, du système hospitalier et du développement de systèmes parallèles.

¹ Voir l'annexe 3 de notre rapport.

² Voir l'annexe 22 de notre rapport : *La voix des hommes sans voix*, préparée par la Commission.

³ Extrait de *Report of the National Advisory Commission on Health Manpower*, U. S. Government Printing Office, Washington, 1967, vol. I, p. 15. Traduit de l'anglais par Anaid Gabriel.

1. — LES SOINS DE PREMIÈRE LIGNE

232. Les soins de première ligne constituent la première étape du régime de la santé. Autrefois, on obtenait ce type de soins sans difficulté; le médecin recevait le client à son cabinet privé ou encore allait l'examiner chez lui. Tel n'est pas le cas aujourd'hui. Il devient difficile d'obtenir ce type de soins, que ce soit au cabinet du médecin, à domicile, ou à la consultation externe de l'hôpital. Deux facteurs principaux créent ce problème majeur : la diminution du nombre d'omnipraticiens et l'absence de responsables de l'organisation de ce type de soins.

233. Parmi les médecins, c'est l'omnipraticien qui peut le plus efficacement assurer l'entrée dans le système de distribution des soins. Comme généraliste, il semble le plus apte à poser le premier diagnostic à partir d'une vue d'ensemble des problèmes du malade, à traiter la majorité des cas et, au besoin, à orienter le malade vers les services spécialisés ou hospitaliers requis.

234. Nous avons déjà discuté dans notre premier rapport¹, des problèmes de la diminution relative du nombre d'omnipraticiens, diminution qui est d'autant plus inquiétante qu'elle coïncide avec un accroissement substantiel de la demande de soins médicaux. Le groupe d'étude fédéral-provincial sur les modes de distribution des soins estime, dans son rapport, que la demande de soins médicaux par habitant augmente d'environ cinq pour cent par année et que cette tendance doit se maintenir dans les cinq à dix prochaines années².

235. Rien n'indique que cette pénurie d'omnipraticiens soit sur le point de s'atténuer³. Les conditions particulièrement difficiles qui entourent l'exercice de la médecine générale expliquent en partie les difficultés qu'on rencontre à intensifier, voire à maintenir le recrutement. L'absence de liens fonctionnels entre la médecine générale et les autres secteurs du système de distribution des soins, l'absence de « privilèges » hospitaliers pour bon nombre d'omnipraticiens, surtout en milieu urbain, la difficulté de maintenir leur compétence en raison de leur isolement et de leurs longues heures de travail, sont des obstacles non négligeables au recrutement. À cela s'ajoute un niveau de

¹ *Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social*, vol. I, *L'Assurance-maladie*, chap. III, pp. 82-87.

² *Rapport des comités d'études sur le coût des services sanitaires au Canada*, vol. 3, *Services sanitaires*, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Ottawa, 1969, p. 13. (Ce rapport est encore à l'état de projet.)

³ Voir le chapitre X du présent volume : « Les effectifs ».

rémunération inférieur à celui des spécialistes. Selon les statistiques les plus récentes, le revenu moyen (brut et net) des omnipraticiens, tant au Québec que dans l'ensemble du Canada, est inférieur au revenu moyen de toutes les autres catégories de spécialistes médicaux¹.

236. De plus, il importe de souligner qu'il n'existe actuellement aucun organisme chargé d'assurer à la population la disponibilité des soins de première ligne. Le médecin les fournit partiellement par éthique professionnelle, mais la profession médicale n'a pas mis en place des organismes les distribuant en permanence. L'hôpital accepte de fournir les soins d'urgence, mais décline la mission de répondre à la demande de soins de première ligne. L'absence de préposés à ce service explique en partie l'incohérence et les lacunes du régime dans ce secteur particulier, et on retrouve ce même genre d'anomalies au niveau des soins offerts dans les hôpitaux.

2. — LE SYSTÈME HOSPITALIER

237. L'hôpital, qui voyait autrefois les indigents mourir, est devenu le centre vital où s'exercent les professions de la santé. On y retrouve les professionnels les mieux formés, la technologie la plus avancée et les installations les plus modernes. Les investissements y sont substantiels au cours des dernières décennies au Québec et les coûts d'exploitation élevés.

a) L'hôpital : entreprise privée ou service public

238. Les caractéristiques actuelles des hôpitaux au Québec (et en ceci le Québec ressemble à la plupart des États nord-américains) reflètent, d'une façon aujourd'hui paradoxale, le climat de libéralisme qui a entouré leur naissance. Les hôpitaux ont une longue tradition d'entreprises privées. L'investissement initial et son financement de source essentiellement privée trouvent dans la satisfaction de la demande locale les revenus nécessaires à son fonctionnement. Les contributions provenant des deniers publics, quoique d'un apport important à l'occasion, ne modifient pas le caractère essentiellement privé et parcellaire du processus de décision.

239. On ne considère plus les hôpitaux d'aujourd'hui à cause de leur fonction, comme des entreprises privées mais plutôt comme des centres d'administration de services publics. Les partages de patrimoi-

¹ Renseignements inédits obtenus du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Division de la recherche et de la statistique, Ottawa, novembre 1969.

nes exigés par la loi des hôpitaux confirment la scission entre la corporation propriétaire et la corporation administratrice de l'hôpital¹. L'ambiguïté demeure quant au partage des responsabilités et touche le système de contrôle lui-même. L'État à qui incombe le financement des opérations courantes utilise des contrôles budgétaires détaillés et un processus de vérification laborieux et lent qui gênent certaines décisions journalières de chaque hôpital. Parce que la rémunération du personnel (quelque 70 pour cent du budget du fonctionnement) est largement déterminée par les négociations de contrats collectifs de travail à l'échelle du Québec, les décisions sur lesquelles on cherche ainsi à faire peser l'autorité de l'État appartiennent au domaine du déploiement du personnel, de l'organisation et des méthodes de travail propres au milieu hospitalier. Ces décisions supposent donc une familiarité avec ce milieu et une connaissance profonde des rapports interprofessionnels que le pouvoir central peut difficilement posséder.

240. Par contre, les décisions relatives aux immobilisations, et davantage, celles qu'implique la mise en place de nouveaux services, sont encore prises au sein de l'hôpital, en fonction du dynamisme et de l'intérêt personnel de ceux qui s'y trouvent. Ces initiatives certes, sont soumises à l'approbation de l'État, mais rien ne confirme à l'heure actuelle que des considérations d'ensemble qui devraient éclairer ces projets, tels les besoins de la population, débordent le contexte d'un hôpital individuel et influencent toujours les décisions. Parce que les responsabilités dans ce domaine restent vagues et diffuses, les décisions elles-mêmes sont plus souvent le résultat d'influences ou de pressions de caractère politique que le reflet de véritables besoins à satisfaire.

241. Ce déséquilibre entre les niveaux de responsabilités et les décisions en matière d'immobilisations d'une part, et le fonctionnement d'autre part, a des répercussions graves au plan des coûts d'exploitation puisque, en général, les dépenses en immobilisations engagent en l'espace de deux à trois ans un montant équivalent en dépenses de fonctionnement.

242. Partout au cours des activités et démarches de la Commission, l'insatisfaction des autorités hospitalières vis-à-vis des rapports avec le ministère de la Santé apparaît constante. On déplore l'absence de mécanismes pour discuter des objectifs de l'établissement, d'assis-

¹ Cette distinction n'est pas encore complètement réalisée dans les faits. En décembre 1967, plus du tiers des hôpitaux en cause n'ont pas opéré ce transfert de patrimoine.

tance dans l'élaboration des normes, de ressources financières pour les recherches en administration hospitalière, en somme, l'impossibilité d'une gestion efficace qui tienne compte de l'ensemble des besoins de la population.

243. À l'examen des procédures d'administration des services du ministère de la Santé, des fonctions et de la spécialisation de son personnel, nous concluons que cette insatisfaction est en grande partie fondée.

244. Les tensions réciproques dans les relations des hôpitaux avec le ministère de la Santé trahissent une confusion même au niveau des hôpitaux, parce qu'il ne se dégage aucun consensus quant aux objectifs poursuivis et quant aux vrais responsables de la définition des normes de qualité et d'efficacité.

245. La multiplicité des objectifs constitue un obstacle à la décentralisation, puisqu'elle rend presque impossible la définition de normes objectives nécessaires à cette opération et empêche la coordination et l'orientation vers un objectif commun des activités hospitalières, complémentaires les unes des autres.

b) La structure interne de l'hôpital

246. La confusion au niveau de l'organisation interne de l'hôpital provient d'une absence de hiérarchie structurée de l'autorité et de la présence de plusieurs types de professionnels. Disons que le médecin lui-même, que sa compétence amène à prendre des décisions quotidiennes sur la nature des traitements à donner aux malades, activité essentielle de l'hôpital, apparaît, à ce titre, comme le détenteur naturel de l'autorité quant à l'organisation médicale de l'hôpital. On trouve, en outre, deux lignes d'autorité : une première passe par le conseil des médecins de l'hôpital, lequel réunit l'autorité individuelle découlant des actes posés par chaque médecin et constitue le siège de la responsabilité médicale dans l'hôpital ; et une seconde va du directeur général, dont la présence elle-même est justifiée par la nécessité de doter l'établissement d'une personne responsable de l'ensemble de l'organisation, vers le conseil d'administration, ce dernier jouissant, en raison même de la dualité de direction existant au niveau immédiatement inférieur, d'une autorité suprême quant à l'administration de l'hôpital et au règlement d'une partie des conflits éventuels¹.

¹ Dans le cas d'un conflit survenant entre le conseil d'administration et le bureau du conseil des médecins sur une question médicale ou scientifique et que n'arriverait pas à résoudre un comité mixte de l'hôpital, la Loi des hôpitaux, par son article 11, prévoit la formation d'une commission de conciliation dont les membres sont nommés par le lieutenant-gouverneur en conseil. La décision unanime ou majoritaire de cette commission est finale et exécutoire pour le conseil d'administration.

247. Les récents règlements adoptés en vertu de la Loi des hôpitaux veulent mettre un terme à cette confusion¹, ce que personne ne contestera. Toutefois, s'il est essentiel que l'autorité du directeur général soit clairement établie, il faut plus qu'une simple hiérarchie de l'autorité pour arriver à modifier des comportements qui font obstacle à la clarification des rôles et des fonctions. Il semble sage, dès lors, d'étendre le principe de l'unité de direction à tous les niveaux d'autorité. Ainsi, les directeurs de service, qu'ils soient médecins ou administrateurs, doivent être appelés à collaborer étroitement avec le directeur général dans l'exercice de son autorité.

248. Le fonctionnement des hôpitaux est assuré grâce à la collaboration d'un nombre assez considérable de professionnels de multiples catégories et d'innombrables spécialités. Parmi eux, l'administrateur hospitalier apparaît paradoxalement à la fois comme un spécialiste parmi d'autres pour certaines questions, et comme un personnage qui coiffe en quelque sorte (pour les coordonner et les rendre possibles) toutes les autres fonctions. Le grand nombre de professionnels à l'intérieur de l'hôpital est une source de conflits dont l'élimination requiert certainement plus que l'établissement d'une ligne hiérarchique.

c) Les défauts de communication

249. Bien que chaque établissement hospitalier n'ait qu'un rôle partiel dans la distribution de l'ensemble de soins spécialisés, qui appelle nécessairement des recherches complémentaires, la plupart des hôpitaux fonctionnent encore d'une façon très indépendante, sans relation précise avec les autres établissements hospitaliers de la ville ou de la région. Cette absence de dialogue est grave, sur le plan de l'adaptation aux besoins et de l'efficacité dans l'utilisation de ressources rares et d'appareils spécialisés.

250. Ce phénomène d'isolement est encore plus marqué lorsqu'on considère l'absence de communication entre l'hôpital qui donne des soins spécialisés et les autres parties du réseau de distribution des soins.

251. L'absence de communication entre hôpitaux, leur choix souvent arbitraire d'activités ou de soins, parfois au cœur des mêmes bassins de population, leur indifférence ou leur oubli de besoins non

¹ Le premier paragraphe de l'article 51 des règlements adoptés en vertu de la Loi des hôpitaux se lit en effet comme suit : « Le directeur médical doit être un médecin autorisé à exercer sa profession selon la Loi du Collège. Il relève, pour la totalité de ses fonctions, du directeur général. »

exprimés et de certains types de soins ou de maladies contribuent au foisonnement de systèmes parallèles pour des soins de type particulier.

3. — LES SYSTÈMES PARALLÈLES

252. La fragmentation des services résulte en partie des défauts d'organisation du régime de la santé, mais elle est encore accrue par le développement de systèmes parallèles qui n'entretiennent à peu près aucune relation avec le système hospitalier ou le système privé de distribution des soins. À titre d'exemple, nous signalons ici la médecine préventive, la médecine du travail, la réadaptation, la psychiatrie et les soins aux malades chroniques et convalescents.

a) La médecine préventive

253. Historiquement, il est facile de comprendre pourquoi les collectivités ont pris charge des soins préventifs¹. Elles répondaient aux besoins les plus urgents de la population, à une époque où d'autres formes d'intervention étaient impossibles et, grâce à ces mesures préventives, des améliorations considérables ont été apportées à l'état de santé collectif.

254. Au Québec, l'unité sanitaire est encore l'organisme principal de la médecine préventive. Selon sa conception originale, l'unité sanitaire est une organisation territoriale de caractère permanent, complète en elle-même, et qui a pour objet la protection et la surveillance de la santé publique dans le comté ou la partie du comté où elle est établie. Il faut noter que le personnel de ces unités n'est pas autorisé à donner des soins curatifs. En 1966, le Québec compte huit régions administratives de soins préventifs, dont chacune est dirigée par un médecin hygiéniste qui établit les liens entre la région, les bureaux de santé municipaux et le ministère de la Santé. Les villes de Québec et de Montréal ont établi des bureaux de santé qui poursuivent les objectifs des unités sanitaires.

255. La division de l'hygiène dentaire du ministère de la Santé, établie en 1943, permet l'exercice de la médecine préventive. Les dentistes de cette division favorisent l'éducation dentaire individuelle et collective, surtout au niveau scolaire, par l'application de méthodes prophylactiques directes et indirectes : éducation, prévention, dépis-

¹ Voir l'annexe 2 de notre rapport.

tage précoce, traitements préventifs et assistance aux indigents. La Commission comprend mal toutefois que ce service ne s'intéresse pas davantage à la fluoration des eaux qui constitue le moyen connu le plus économique et le plus efficace pour prévenir la carie dentaire ¹.

256. Au cours des dernières décennies, des changements considérables surviennent dans les modalités de distribution des soins. De plus en plus, on insiste sur l'importance du milieu et de la prévention. Malheureusement au Québec, aussi bien dans la formation des étudiants en médecine, en pharmacie, en sciences infirmières que dans l'exercice de ces diverses professions en cabinet privé ou à l'hôpital, on met l'accent sur les soins curatifs.

257. La Commission est convaincue que les résultats de cette politique de prévention sont insuffisants. Reléguée, dans le régime actuel, au rang de sous-service ou coupée de l'ensemble des activités sanitaires, isolée dans des activités rigidement délimitées ou réservée à des clientèles et à des zones particulières, la prévention exercée dans les « unités sanitaires » n'atteint pas suffisamment la masse de la population.

258. Il est indéniable que le personnel des « unités sanitaires » est isolé et, au cours de ses visites à travers le Québec, la Commission a constaté l'absence complète de relations entre ce personnel, celui des hôpitaux et les médecins engagés dans la pratique. Cela se traduit par une dévalorisation très marquée du statut social et professionnel des membres des « unités sanitaires ». Il faut déplorer leur rémunération qui, même avec les augmentations récentes, est inférieure au revenu moyen des professionnels à qualifications identiques dans les autres secteurs d'activité du régime. Tous ces facteurs contribuent à rendre leur travail routinier et peu stimulant. Les difficultés de recrutement dans le secteur de la prévention proviennent directement de ce manque d'intérêt des professionnels de la santé, des établissements de santé et même des gouvernements.

259. La région métropolitaine de Montréal groupe la majorité des effectifs médicaux et dentaires dans ce domaine. De plus, seules les unités du Montréal métropolitain et de la région de Québec disposent des services de professionnels tels que travailleurs sociaux, psychologues, diététiciennes et ingénieurs sanitaires.

¹ *Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social*, vol. I, *L'Assurance-maladie*, chap. V, pp. 176-178.

b) La médecine scolaire

260. Aux avantages quantitatifs et qualitatifs dont jouissent les unités sanitaires de la région métropolitaine et le Service de santé de la ville de Montréal s'ajoute une organisation plus efficace et plus dynamique que l'on ne retrouve pas dans la plupart des autres régions : l'organisation scolaire de la santé. Selon les programmes du ministère de la Santé, l'enfant est immunisé avant l'âge scolaire contre diverses maladies contagieuses, dont la tuberculose, subit trois examens médicaux au cours de sa scolarité et il est examiné et traité par un dentiste entre 6 et 12 ans. Malheureusement, ce plan ne se réalise que très partiellement dans plusieurs régions du Québec, par suite de la pénurie de personnel dans les unités sanitaires et aussi parce que le service scolaire de l'unité sanitaire reste en dehors des structures de l'enseignement¹. À la suite des lacunes signalées, le rapport Parent présente neuf recommandations précises au sujet de l'organisation des services scolaires de santé au Québec², qui demeurent à peu près lettre morte.

261. En effet, la situation s'est peu modifiée au cours des cinq dernières années et des lacunes sérieuses persistent. Les mémoires soumis à la Commission et ses visites à travers le Québec sont probants à cet égard. Qu'il nous suffise de mentionner ceux de la Commission des écoles catholiques de Montréal, et d'autres organismes analogues³, qui signalent que la situation présente révèle des lacunes lamentables en matière de soins préventifs.

262. À la Commission des écoles catholiques de Montréal, sur trois cent quarante-neuf écoles, soixante-trois n'ont jamais été visitées par un médecin au cours de l'année 1967 et les écoles les plus favorisées bénéficient d'une visite moyenne de 1.33 jour par mois⁴. On prévoit que la situation empirera en 1967-1968. Une étude analogue, faite à Québec, révèle que, sur un total de quarante-huit écoles, quatorze ont un médecin à leur disposition et trente-quatre n'en ont

¹ *Rapport de la Commission royale d'enquête sur l'enseignement dans la province de Québec*, vol. 3, *Les structures pédagogiques du système scolaire*, Québec, 1964, chap. XXXII, pp. 321-326.

² *Ibid.*, pp. 375-376.

³ Commission des écoles catholiques de Montréal, Commission des écoles catholiques de Québec, Bureau métropolitain des écoles protestantes de Montréal, Bureau métropolitain des écoles protestantes de Québec : « Mémoire à la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social », Montréal, octobre 1967.

⁴ *Ibid.*, p. 2.

pas. On relève cent quarante heures de travail, pour vingt-deux écoles visitées, soit environ six heures de présence du médecin par année scolaire dans les écoles privilégiées¹.

263. Le ministère de la Santé est entièrement responsable de l'organisation des services de santé scolaires et il a même donné des directives aux commissions scolaires en 1966. Toutefois, celles-ci n'ont reçu aucune aide efficace du gouvernement jusqu'ici, et elles s'en plaignent avec raison. L'inefficacité du ministère de la Santé et les retards apportés dans l'organisation des services de santé scolaires nuisent considérablement à l'amélioration de l'état de santé de la population étudiante.

c) La médecine du travail

264. La médecine du travail a pour objet la santé des travailleurs ainsi que la salubrité de leurs conditions de travail. Certains pays, comme la Suède et la Tchécoslovaquie, accordent une grande importance à ce secteur de la médecine.

265. Au Québec, aucune législation n'impose aux industries une surveillance médicale régulière des employés, sinon dans le cas d'industries où les travailleurs sont exposés aux effets de substances nocives : plomb et ses composés, benzol ou ses dérivés, poussières réputées dangereuses... La Commission des accidents du travail peut ordonner que l'employeur, dans les industries où la chose lui paraît utile, maintienne un service de premiers soins avec postes fixes, appareils et médicaments appropriés. Le nombre de travailleurs détermine chez tout employeur les dispositions à ce sujet.

266. En plus d'accorder une aide financière aux accidentés pour des soins médicaux, cette Commission peut, à sa discrétion, établir des cliniques de soins ou subventionner celles qui sont établies par les employeurs, et soumettre à des examens médicaux les ouvriers exposés à l'inhalation de poussières siliceuses. En fait, tous les employés des mines bénéficient de ces dispositions.

267. On ne peut passer sous silence le rôle de cette Commission dans le domaine de la prévention des accidents du travail. Le règlement selon lequel la charge financière assumée par l'industrie doit être proportionnelle au risque d'accidents sert, certes, de stimulant à une action préventive efficace des accidents du travail. On peut sou-

¹ *Ibid.*, p. 4.

haïter toutefois qu'avec le progrès des techniques industrielles on mette en place des mécanismes plus directs pour améliorer l'hygiène des milieux de travail.

268. Au cours de ses visites, la Commission a constaté que les villes d'exploitation minière et forestière prennent des dispositions particulières pour protéger la santé des travailleurs. Mais, de façon générale, il faut admettre que l'organisation d'un service de santé dans une industrie dépend de la libre décision de la direction et qu'en dehors d'une législation fort restreinte pour le moment le gouvernement ne peut agir avec autorité. Cette situation n'est sûrement pas satisfaisante dans un pays civilisé et industrialisé, où l'on doit se préoccuper d'améliorer l'état de santé de tous les travailleurs.

d) La réadaptation

269. Parce qu'elle prive d'une vie normale la personne qui en est atteinte, l'invalidité constitue un drame personnel et familial qui entraîne généralement une dépendance à l'égard de la société, une diminution de la productivité et des charges supplémentaires pour l'État. On doit considérer la réadaptation sur les plans physique et mental comme un investissement essentiel, dicté par des impératifs humains, sociaux et économiques.

270. L'accroissement continu du nombre d'accidents routiers et domestiques, avec tous les risques d'invalidité qui en découlent, donne beaucoup d'acuité au problème de l'absence de soins complets de réadaptation au Québec. Mentionnons, pour en souligner l'importance, qu'au Royaume-Uni, quatre-vingt-dix pour cent des paraplégiques en âge de travailler retournent au travail après une réadaptation experte et immédiate, tandis qu'au Québec vingt pour cent seulement de ces accidentés gagnent leur vie par la suite¹.

271. Cet état de choses découle d'une pénurie d'installations physiques et de personnel spécialisé et est aggravé par une trop faible utilisation des ressources existantes. Les organismes de réadaptation déplorent unanimement cette situation.

272. Nous manquons de personnel médical spécialisé et de professionnels de la santé : physiothérapeutes, ergothérapeutes, travailleurs sociaux. Au niveau des équipements, on retrouve les mêmes insuffisances. Si plusieurs hôpitaux de Montréal ont organisé un ser-

¹ Association des physiatres du Québec : « Mémoire à la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social », septembre 1967, p. 9.

vice de physiothérapie, il en subsiste encore bon nombre où les malades ne bénéficient pas de soins de réadaptation physique, sociale ou mentale.

273. Toutefois, les centres ruraux sont les plus démunis et leur population est la plus défavorisée dans ce domaine. Quant aux établissements exclusivement consacrés à la réadaptation, le Québec n'en compte actuellement que six, dont trois à Montréal, deux à Québec et un à Chicoutimi.

274. Deux de ces centres, l'un à Montréal, l'autre à Québec, sont exclusivement réservés au traitement des accidentés qui relèvent de la Commission des accidents du travail. Pourtant, dotés d'installations physiques complètes, ils sont nettement sous-utilisés. Il ne fait aucun doute, aux yeux de la Commission que moyennant certaines modalités, ils doivent être accessibles à l'ensemble des malades qui en ont besoin, d'autant plus que les installations sont de toute première qualité et d'un coût très élevé. C'est là, croyons-nous, un exemple caractéristique du morcellement des services, et d'autant plus significatif qu'il touche à un secteur de la médecine sous-développé dans l'ensemble, compte tenu de son rendement élevé sur les plans économique et social.

e) Les soins pour malades chroniques et convalescents

275. L'insuffisance dans l'organisation et la distribution des soins aux malades chroniques et aux convalescents éclate encore dans le présent régime de la santé au Québec. La majorité des administrateurs d'hôpitaux ont témoigné devant la Commission de la difficulté de transférer ces malades dans leur famille ou encore dans des établissements spécialisés. Les déficiences dans ce secteur ont été signalées au ministère de la Santé dès 1965¹; on a tenté au cours des dernières années de combler ces lacunes, mais les efforts demeurent bien en deçà du strict nécessaire.

276. En effet, en vue d'assurer la continuité des soins, le régime de la santé doit prévoir diverses activités complémentaires aux soins donnés à l'hôpital général. La création de centres de jour, d'établissements pour les malades chroniques ou les convalescents et de services de soins à domicile en sont des exemples parmi d'autres. Il est reconnu qu'un nombre important de malades peuvent retourner dans leur

¹ « Rapport préliminaire sur l'équipement hospitalier de la province de Québec », ministère de la Santé, Québec, 15 février 1966.

famille si on leur assure les soins que leur état requiert sans charge supplémentaire. En Suède, par exemple, on se rend compte qu'il est préférable, dans certains cas, pour les individus, et plus économique pour l'État, d'organiser un service à domicile même pour les repas, plutôt que de garder ces malades dans des foyers ou des hôpitaux pour malades chroniques.

277. Le ministère de la Santé a établi, dans diverses régions du Québec, un service de soins à domicile disponibles à la demande du médecin traitant. Même si les activités de ce service se sont accrues au cours des dernières années, on a témoigné devant la Commission que, trop souvent, les médecins hésitent beaucoup à y faire appel.

278. Au Québec, la qualité des soins et les conditions d'hébergement des vieillards et des malades chroniques sont dans bien des cas nettement inadéquates¹. La Commission a constaté au cours de ses visites les conditions déplorables de plusieurs de ces établissements. Le contrôle de la part des ministères intéressés accuse une carence inadmissible et certaines incuries récentes ont entraîné de tragiques conséquences.

279. Les malades chroniques et les convalescents doivent plus que quiconque bénéficier de soins de réadaptation, et la Commission déplore qu'il n'existe pour eux à peu près aucun service en ce sens.

f) Les services psychiatriques

280. La Direction générale des services psychiatriques du ministère de la Santé organise et régionalise les services psychiatriques, élabore et applique des normes de soins, fournit aux établissements les ressources financières nécessaires et encourage la formation d'un personnel spécialisé. Cette direction du ministère patronne aussi la prévention, le traitement et la réadaptation des alcooliques et des toxicomanes, parce que le système hospitalier refuse de traiter ces intoxiqués.

281. À la suite de la publication du rapport de la Commission d'étude des hôpitaux psychiatriques², les Services psychiatriques du ministère de la Santé adoptent certaines mesures visant à décongestionner les hôpitaux psychiatriques, à étendre la gamme des soins, à favoriser le traitement des malades en évitant les hospitalisations

¹ Voir également le volume VI de notre rapport, *Les Services sociaux*, chapitre II : « Les principes directeurs de la réforme ».

² *Rapport de la Commission d'étude des hôpitaux psychiatriques*, ministère de la Santé, Québec, 1962.

inutiles et à combler les lacunes en personnel spécialisé. Ils sont parmi les premiers à régionaliser leurs unités en vue de faciliter le recours aux soins psychiatriques.

282. Dans les établissements psychiatriques proprement dits, la période récente marque un progrès accéléré. Le manque de personnel, problème encore aigu en 1962, s'est beaucoup atténué au cours des cinq années suivantes¹. Les Services psychiatriques constituent sans doute une des directions les plus dynamiques au sein du ministère de la Santé. À la fin de 1968, dix-sept hôpitaux généraux offrent un service interne de traitement et un service de consultation externe en psychiatrie; en outre, dix-huit autres hôpitaux du Québec possèdent un service de consultation externe en psychiatrie. Enfin, onze centres de consultation externe en psychiatrie fonctionnent de façon indépendante². Cette orientation vers une plus grande intégration des soins psychiatriques à l'ensemble du régime de la santé doit se poursuivre.

283. Les progrès accomplis en quelques années dans le domaine de la santé mentale sont considérables, mais il persiste quelques lacunes importantes. Ainsi, la pénurie de centres dans les régions éloignées ou rurales, notamment en Gaspésie et dans le Nord-Ouest québécois, reste à combler. Il nous apparaît urgent que ces populations bénéficient de services mieux organisés, sous forme de consultations externes, de centres de jour, d'ateliers protégés, de foyers, de centres de réadaptation ou d'unités spécialisées à l'intérieur des hôpitaux généraux. Les efforts de la Direction générale des services psychiatriques devront se poursuivre pendant plusieurs années en vue de répondre aux besoins de la population.

284. Relevons encore l'insuffisance des services de santé mentale destinés aux enfants. La Commission est convaincue de l'importance de développer des unités de soins préventifs, curatifs et de réadaptation pour les enfants d'âge scolaire. Hélas, il est fort peu de psychiatres et de professionnels qui possèdent le degré de spécialisation nécessaire³.

¹ B. F. S. : *La statistique de l'hygiène mentale*, vol. III, *Installations, services et finances des institutions*, 1962, Imprimeur de la Reine, Ottawa, 1964, cat-83-205, pp. 45-51 et B. F. S. : *La statistique de l'hygiène mentale* vol. III, *Installations, services et finances des institutions*, 1967, Imprimeur de la Reine, Ottawa, 1969, cat. 83-205, pp. 38-43.

² « Répertoire des services psychiatriques », ministère de la Santé, Québec, et renseignements additionnels obtenus de la Direction générale des services psychiatriques, ministère de la Santé, Québec.

³ Association des psychiatres du Québec : « Mémoire à la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social », avril 1967 (première partie) et septembre 1967 (deuxième partie), pp. 3-16.

285. Enfin, déplorons que le régime juridique de la psychiatrie au Québec ne s'inspire aucunement de la conception moderne de la santé mentale¹; ainsi, la Loi des institutions pour malades mentaux² comporte des dispositions qui n'ont aucun rapport avec la structure et le mode de fonctionnement des institutions.

286. De même, nous jugeons désuètes les dispositions qui ont trait à l'aliénation et à l'interdiction des malades ainsi qu'à la curatelle publique contenues dans la Loi des institutions pour malades mentaux et la Loi de la curatelle publique³.

287. Axées sur l'hospitalisation obligatoire des malades, la Loi des institutions pour malades mentaux et la Loi de la curatelle publique ne tiennent pas compte de l'évolution récente des disciplines psychiatriques. De plus en plus, le traitement des malades mentaux se fait en cure ou en hospitalisation libres et seuls sont internés les malades qui présentent un danger pour la société ou pour eux-mêmes. Mais cette cure libre, dans l'état actuel de la législation ne permet pas aux malades de bénéficier de la curatelle publique, puisque le curateur n'a juridiction que lorsqu'il reçoit un certificat du surintendant ou de son adjoint « attestant que le malade, dépourvu de tuteur ou de curateur privé, est traité en cure fermée dans un hôpital psychiatrique reconnu et est jugé incapable ».

288. Pour bénéficier de la curatelle publique, un malade doit donc être interné. Cette obligation de réclusion du malade mental n'est plus acceptée et c'est pourquoi tout malade mental, inapte à administrer ses biens ou jugé tel, qu'il soit en cure libre ou obligatoire, doit bénéficier de cette protection⁴.

289. Enfin, il faut reconnaître que l'être humain atteint de troubles psychiatriques graves a le même droit à la santé que le malade physique et la société a la stricte obligation de lui prodiguer les

¹ Voir l'annexe 5 de notre rapport : *Contribution à un projet de loi-cadre en matière de maladie mentale*, préparée par Lucien Panaccio, M.D.

² Loi des institutions pour malades mentaux, *S. R. Q.* 1964, chap. 166.

³ Loi de la curatelle publique, *S. R. Q.* 1964, chap. 314.

⁴ Comme le soulignait dans une récente communication M^e Yvan Baudoin, directeur du Service juridique de la curatelle publique du Québec : « Nous croyons qu'une meilleure solution est celle que l'Ontario a récemment adoptée dans une loi qui subordonne la juridiction du curateur public non pas à la cure fermée et à l'incapacité, mais uniquement à l'incapacité, et permet au médecin traitant d'autoriser le curateur public à conserver son administration même après la libération du malade du centre psychiatrique, tant que dure son inhabilité. » (« Propos sur la Loi de la curatelle publique du Québec », *Revue du Barreau du Québec*, 1968, tome 28, N^o 8, p. 603.)

meilleurs soins dont elle dispose. Tout en admettant, au besoin, pour le plus grand bien du malade lui-même ou celui de la collectivité, la suspension des droits et privilèges de l'individu, nous estimons que leur suppression ne doit plus être le *necessario sequitur* de l'hospitalisation en cure fermée.

290. Jusqu'à ces derniers temps, on aliénait le malade mental en l'isolant, même si on prétendait l'isoler parce qu'il était aliéné; aujourd'hui, c'est l'exploitation de ses moindres liens encore intacts avec la réalité et le respect soutenu de sa dignité humaine qui viennent renforcer, en sa faveur, l'efficacité des méthodes actuelles de traitement.

*

291. Les services décrits jusqu'ici veulent répondre à des besoins réels de la population. Mis en place pour combler des lacunes du régime de la santé, malgré l'absence d'un plan directeur, ils relèvent tous, à des degrés divers, du ministère de la Santé. Hélas, le manque d'objectifs communs et de dialogue ne font qu'accroître leur isolement.

292. La multiplicité de systèmes parallèles : hospitalier général, privé et psychiatrique, services de prévention, de médecine du travail, de réadaptation, de soins pour chroniques et convalescents, etc. augmente le morcellement et le cloisonnement des services de santé. Alors que leur premier but est d'en favoriser le recours, leur cloisonnement entraîne fréquemment des effets opposés. Une politique de la santé, clairement définie, doit assurer leur intégration, en respectant leurs objectifs particuliers et leur adaptation à l'individu selon ses besoins et les circonstances.

B. — L'EXERCICE PROFESSIONNEL

293. L'exercice professionnel, aussi bien au Québec qu'ailleurs au Canada et aux États-Unis, repose sur la spécialisation croissante du personnel, qui entraîne la fragmentation des services et l'isolement de certaines catégories de professionnels. Le développement rapide de la science médicale aboutit à son morcellement et il se produit, comme dans l'industrie, une spécialisation des tâches de plus en plus poussée. Certains médecins consacrent leur vie à un seul organe : cœur, poumons, œil, oreille... Quelques-uns s'orientent vers les spécialités du

diagnostic : radiologie, biochimie..., d'autres vers les spécialités du traitement : radiothérapie, médecine physique. Certains tentent même de se spécialiser dans une seule technique : ainsi apparaissent, aux États-Unis, les bronchoscopistes. Le même phénomène envahit les autres professions de la santé et leur nombre croissant témoigne du phénomène.

294. La spécialisation produit des médecins plus compétents, c'est indubitable. Celui qui restreint son champ d'activité peut approfondir davantage ses connaissances et ainsi améliorer ses diagnostics et ses traitements. Mais deux conséquences nouvelles rançonnent le malade : ou il est traité par plusieurs médecins, ou le médecin parfois ne traite qu'une partie de son organisme. La traditionnelle relation malade-médecin s'en trouve ainsi profondément touchée et le malade est examiné et traité sans qu'on tienne compte de son milieu familial et social.

295. La médecine s'inspire encore, dans une large mesure, des principes traditionnels de l'organisation des soins médicaux : exercice individuel, secret professionnel, concurrence entre les membres et libre choix du médecin.

1. — L'EXERCICE INDIVIDUEL

296. Si l'exercice de la médecine demeure très individuel au Québec, on assiste toutefois à la naissance de certaines formes de médecine d'équipe ou de groupe. Ainsi, au sein de l'hôpital, plusieurs types de professionnels de la santé travaillent en collaboration et constituent des groupes plus ou moins homogènes selon le cas. On peut mentionner l'équipe des médecins et infirmières qui se partagent les responsabilités du soin des malades, l'équipe chirurgicale ou de réadaptation qui réunit des médecins spécialistes, des infirmières et autres personnes qualifiées, jusqu'à l'équipe de psychiatrie où psychiatres, psychologues, ergothérapeutes, infirmières, travailleurs sociaux conjuguent leurs efforts pour donner des soins mieux adaptés aux besoins du malade.

297. De même, à l'extérieur de l'hôpital, différentes formes de médecine de groupe font leur apparition. Ainsi, on estime que près de vingt-cinq à trente pour cent des médecins au Canada et aux États-Unis exercent leur profession au sein d'une forme quelconque d'équipe ou de groupe : groupe d'omnipraticiens; de médecins d'une même spécialité, ou centres de diagnostic réunissant internistes, pédiatres,

omnipraticiens, psychiatres, radiologistes et biochimistes. On voit de plus en plus dans un même édifice un dentiste, un optométriste et un pharmacien compléter une équipe de médecins. Ces différents groupes de professionnels de la santé présentent des avantages indéniables, non seulement pour les membres qui en font partie mais aussi pour les malades, ne serait-ce que d'assurer une plus large distribution des soins.

298. Néanmoins, ces divers types de médecine de groupe, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'hôpital, ne répondent pas vraiment aux besoins de la population et ne correspondent pas au concept d'une véritable équipe de la santé.

299. En effet, il demeure très difficile de consulter une véritable équipe de la santé qui réunisse médecins, infirmières, travailleurs sociaux, etc., dans le régime actuel. Dans la majorité des cas, le malade s'adresse encore à un médecin en particulier pour recevoir des soins. Il risque, en cas de diagnostic difficile, de devoir consulter un ou des spécialistes avec des délais de une à six semaines et davantage, pour un rendez-vous. Cette situation courante découle de l'individualisme de la médecine : l'organisation est fonction des habitudes des médecins, et non pas des besoins des malades.

2. — LE DOSSIER DE SANTÉ

300. Dans le présent régime, le dossier de santé ne permet pas de connaître rapidement la gamme de soins préventifs, curatifs ou de réadaptation que le malade reçoit, et leurs effets. De plus, ce dossier appartient soit à l'établissement hospitalier où il a séjourné antérieurement, soit au professionnel de la santé auquel il s'adresse généralement pour recevoir des soins.

301. Chaque fois qu'une personne se présente à une nouvelle porte, hôpital, consultation externe ou cabinet privé, on ouvre un nouveau dossier. C'est seulement à l'occasion d'un nouvel accès de maladie traité dans le même établissement que l'on retrouve une certaine continuité. Et, même là, il y a parfois des anomalies : le dossier de l'hospitalisé peut être différent de celui qui est ouvert à la consultation externe du même hôpital.

302. Quant au transfert des dossiers d'un établissement à un autre, toute personne familière avec le présent régime de la santé en connaît les délais souvent prolongés et plutôt difficiles à corriger. De plus, certains hôpitaux considèrent que le dossier leur appartient,

bien que l'on concède que le dossier de santé et les renseignements qu'il contient appartiennent de plein droit au malade, même si l'hôpital en demeure le dépositaire ¹.

303. Une fiche de santé, qui le suit non seulement durant son traitement, mais encore tout au long de sa vie, corrigera une des lacunes majeures du régime actuel. On ne saurait trop insister sur les inconvénients et les dangers de ne pouvoir transmettre rapidement toute l'information cumulative sur l'état de santé d'un malade. Les communications rapides entre les divers services du régime de la santé nous apparaissent tout aussi importantes que celles qui doivent être établies à l'intérieur de l'hôpital.

3. — L'ÉVALUATION

304. L'évaluation de l'exercice des professions de la santé relève des organismes professionnels qui reçoivent du législateur le mandat de contrôler l'exercice et la qualité de cet exercice chez leurs membres. Comme exemple, mentionnons que la Loi médicale donne au Collège des médecins et chirurgiens de la province la responsabilité de contrôler l'exercice de la médecine en vue du bien public. Toutefois, dans son mémoire à la Commission et dans le projet de loi soumis au législateur, le Collège demande plus de pouvoir en vue d'exercer ce rôle. Ainsi, de déclarer cet organisme :

Le Collège désire conserver l'entière responsabilité du contrôle de l'acte médical, quel que soit l'endroit où celui-ci est posé. Les modifications pertinentes seront proposées dans notre projet de loi afin d'assurer au Collège toute l'autorité nécessaire pour exercer ce contrôle tant à l'hôpital qu'au cabinet du médecin ².

305. Jusqu'à maintenant, aucun organisme professionnel n'a mis en place les nouveaux modes d'évaluation de la qualité des soins, que ce soit l'application de l'informatique ou toute autre forme de contrôle systématique, qui ont été expérimentés en Amérique du Nord ³. Les

¹ André-Gaétan Corneau : « Secret professionnel et priorité du dossier médical hospitalier », *L'Union médicale du Canada*, janvier 1970, tome 99, N° 1, pp. 129-134.

² Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec : « Mémoire à la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social », avril 1967, p. 9. Voir également le *Journal du Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec*, mars-avril 1967, N° 46, p. 3.

³ Voir le chapitre IX du présent volume : « L'évaluation de la qualité des soins et de l'efficacité du régime. »

organismes professionnels exercent un rôle plutôt négatif en étudiant seulement les cas soumis à la suite de plaintes du public.

306. Les hôpitaux maintiennent depuis plusieurs années des comités de surveillance qui jouent un rôle positif en vue d'améliorer la qualité des soins. C'est le Conseil canadien d'accréditation des hôpitaux qui décrète la formation de tels comités et qui délivre des certificats d'agrément aux hôpitaux respectant des normes minimales.

307. Le gouvernement du Québec a récemment adopté des règlements en vertu de la Loi des hôpitaux, qui prévoient notamment la formation obligatoire dans l'hôpital de divers comités : examen des titres, vérification des dossiers médicaux, appréciation des actes médicaux, normes d'admission et de séjour, enseignement, pharmacologie et thérapeutique. Ces règlements permettront sûrement un meilleur contrôle de la qualité des soins à l'intérieur de l'hôpital. Il n'existe pas à notre connaissance de structure hiérarchique qui assure leur application.

308. Cependant, la Commission est convaincue que la plupart des comités d'appréciation des actes médicaux dans les hôpitaux du Québec ne contrôlent pas efficacement la qualité des soins ou l'exercice professionnel, et que ces mécanismes d'évaluation ne protègent pas suffisamment la population. Les enquêtes récentes dans quelques hôpitaux révèlent des situations tout à fait inadmissibles sur lesquelles le Collège des médecins et chirurgiens n'a pu entreprendre lui-même d'enquête¹.

309. Il est clair que la technologie moderne permet d'appliquer des mécanismes de contrôle beaucoup plus précis et objectifs que ceux en usage au Québec en vue de protéger le public et de lui assurer de bons soins. Dans un chapitre subséquent traitant de l'évaluation des soins, nous verrons jusqu'à quel point on peut mettre en œuvre des techniques précises afin d'assurer un contrôle adéquat de la qualité des soins².

4. — L'ORGANISATION PROFESSIONNELLE

310. Dans le domaine de la santé, les professionnels se regroupent en corporations et en associations professionnelles ou syndicales.

¹ Voir les rapports de Commissions d'enquête sur certains hôpitaux, dont l'Hôpital Saint-Louis de Windsor, l'Institut Albert Prévost, l'Hôpital Fleury, l'Hôpital Jean-Talon et l'Hôpital Charles Lemoyne.

² Voir le chapitre IX du présent volume : « L'évaluation de la qualité des soins et de l'efficacité du régime. »

La forme classique d'organisation des professions est la corporation professionnelle qui possède des pouvoirs particuliers, plus ou moins étendus, selon la volonté du législateur.

311. À l'heure actuelle, cette forme d'organisation jouit d'un prestige considérable et elle est très recherchée. Nous avons dénombré, dans le seul domaine de la santé, quatorze corporations professionnelles, dont les pouvoirs, loin d'être uniformes, présentent un éventail considérable de privilèges allant de la remise presque totale du contrôle de la profession à l'ordre professionnel, comme dans le cas des médecins, jusqu'à la simple protection du titre des membres d'une profession donnée, comme pour les diététiciennes¹.

312. Cette multiplicité et cette diversité des organismes professionnels dans le domaine de la santé engendrent une très grande rigidité dans la délimitation des champs d'exercice de chacune des professions, et conduisent à un cloisonnement difficilement compatible avec des notions modernes d'organisation de l'exercice professionnel telles que celle de l'équipe de la santé.

313. De plus, certaines lois constitutives d'organismes professionnels, telle la Loi des techniciens dentaires², forcent des établissements, comme les laboratoires dentaires, à ne retenir les services que de membres de la profession, empêchant ainsi ces établissements d'embaucher de l'aide auxiliaire et de réaliser, dans les faits, une certaine répartition des tâches qui, bien encadrée, est hautement souhaitable³.

314. Enfin, plusieurs corporations professionnelles tiennent en état de dépendance totale certaines autres professions : on songe ici à l'attitude de l'Association des infirmières envers les aides-infirmières. Ce sont là des facteurs qui entraînent les professionnels de la santé à travailler à couteaux tirés, et dans un esprit de rivalité plutôt que de collaboration.

315. La diversification et la multiplication des organismes professionnels, de même que la disparité injustifiée des pouvoirs conférés par l'État, font douter de la correspondance de l'organisation professionnelle au Québec avec les besoins réels et le statut des profession-

¹ Voir l'annexe 12 de notre rapport : *L'organisation et la réglementation des professions de la santé et du bien-être au Québec*, préparée par M^e Claude-Armand Sheppard.

² Loi des techniciens dentaires, S. R. Q. 1964, chap. 254, art. 13.

³ Voir l'annexe 4 de notre rapport : *Les mécanismes de distribution des médicaments et prothèses : analyse économique*, préparée par François D. Lacasse.

nels eux-mêmes, en ce qui concerne l'exercice des professions. Cette incohérence et cette inadaptation ne manquent pas de soulever d'énormes problèmes dans l'orientation de l'exercice professionnel ¹.

II. — L'ACCÈS AUX SOINS

316. L'accès aux services de santé signifie que tout citoyen peut obtenir les soins dont il a besoin dans un laps de temps raisonnable, compte tenu du degré d'urgence qu'implique son état. À cet égard, il existe au Québec de lourdes inégalités qui tiennent principalement à des causes d'ordre physique, financier et social.

A. — LES OBSTACLES D'ORDRE PHYSIQUE

317. Au Québec, l'éloignement constitue un problème important pour une part considérable de la population. En effet, la dispersion, sur un territoire immense, d'îlots de peuplement cause nécessairement pour eux, par suite de la distance et du temps, des difficultés d'accès aux soins. Aussi bien à la ville qu'à la campagne, certains groupes de la population doivent parcourir des distances considérables pour obtenir les soins médicaux et professionnels ou trouver un établissement hospitalier approprié.

318. Comme corollaire, l'éloignement est tributaire des voies de communication et des moyens de transport. La vétusté et la lenteur du réseau routier dans certaines régions, parfois l'absence complète de communication autre que par chemin de fer ou par avion, la carence d'un système ambulancier spécialisé (routier ou aérien), le coût élevé des transports commerciaux, enfin les contraintes du climat, accablent nettement cette incidence de la distance au point de l'ériger dans un certain nombre de régions comme une véritable barrière entre les centres de distribution des soins et certains groupes de population moins favorisés.

319. L'inexistence ou la faiblesse de l'infrastructure sanitaire ajoute encore à l'éloignement. De plus, le coût des transports à la charge du malade et les revenus souvent plus faibles dans ces régions éloignées rendent plus urgent l'accès aux soins pour les populations économiquement faibles.

¹ Voir le tome I du volume VII de notre rapport : *Les professions et la société*.

320. On constate encore, soit à l'échelle du Québec, soit dans certaines régions ou pour des groupes de population déterminés, une absence et une insuffisance de certains soins médicaux essentiels.

321. Toutefois, il est plus facile d'identifier que de quantifier les soins qui font défaut. La demande ne correspond pas nécessairement aux besoins réels et l'on ne dispose pas actuellement de données suffisamment complètes qui établissent le diagnostic précis des besoins de la population. La mesure quantitative des insuffisances repose donc sur les nombreuses dépositions présentées à la Commission et sur les constatations faites au cours de nos visites à travers le Québec.

322. Nous concédons que le Québec n'est pas seul à connaître ces problèmes. La *National Advisory Commission on Health Manpower*, dans son rapport au président des États-Unis, fait état du même problème :

Rappelons que nos conclusions et nos recommandations sont nécessairement restreintes du fait que nous n'avons pas pu obtenir des données vraiment adéquates sur le système de soins médicaux à partir des sources disponibles. Bien qu'un surcroît considérable de possibilités d'information ait découlé de l'utilisation accrue des ordinateurs et des méthodes automatiques de traitement des données, l'industrie de la santé, dans les services gouvernementaux comme ailleurs, n'a pas été suffisamment touchée par ces innovations. Conséquemment, les données statistiques de nature complète et uniforme qui sont indispensables à une analyse et à une planification rationnelles font défaut, et cela malgré une surabondance de statistiques relatives à la santé¹.

323. Parmi les types de soins les plus déficitaires par rapport aux besoins de l'ensemble de la population du Québec, mentionnons les soins de prévention, les soins de première ligne, de réadaptation, de la santé mentale, les soins pour malades chroniques et pour convalescents.

B. — LES OBSTACLES D'ORDRE PSYCHO-SOCIAL

324. Au cours du XX^e siècle, des problèmes apparaissent paradoxaux, qui n'en sont pas moins fort réels. La peur de l'inconnu, les déficiences de l'éducation sanitaire, les lacunes de l'information sur la nature et la disponibilité des soins, la difficulté d'identifier la porte d'entrée la plus appropriée et, enfin, la difficulté de communiquer

¹ Extrait de *Report of the National Advisory Commission on Health Manpower*, *op. cit.*, p. 4. Traduit de l'anglais par Anaid Gabriel.

avec le médecin et les autres professionnels de la santé, se dressent, sinon comme des obstacles, tout au moins comme des résistances susceptibles, selon leur force, d'empêcher l'accès aux soins ou d'en différer la demande.

325. Ces obstacles d'ordre psycho-social se doublent de problèmes de même ordre au niveau du traitement. La fragmentation des composantes physique et psychique de la santé et leur cloisonnement rigoureux introduit une frontière entre ces deux mêmes aspects de la maladie. La spécialisation de la médecine, qui découle de son caractère de plus en plus scientifique et technique, entraîne une fragmentation analogue au niveau de la composante physique de la santé et l'intérêt du médecin se déplace progressivement vers l'organe malade au détriment de la personne. Ainsi, la difficulté pour les alcooliques d'obtenir des soins trahit le manque d'intérêt pour la personne et la famille, qui les prive souvent des soins auxquels ils ont droit.

1. — ASPECTS PSYCHOLOGIQUES

326. Comme le révèle une étude récente¹, l'hospitalisation, souvent obligatoire, soulève une crainte généralisée dans toutes les couches de la société à cause de la déshumanisation du milieu hospitalier. On déplore que les hôpitaux conservent la mentalité, les structures et les méthodes de l'époque où ils étaient des établissements d'assistance publique. L'organisation des consultations externes, l'admission procédurière, l'excès de formalités administratives, sont des exemples des conditions déshumanisantes et souvent humiliantes imposées aux individus.

327. Ces conditions entraînent des résistances plus marquées dans les groupes sociaux désavantagés qui perçoivent, à tort ou à raison, à l'hôpital, en consultation externe et même dans les bureaux privés, une distribution et une qualité de soins qui diffèrent de ceux donnés aux malades d'autres couches socio-économiques plus favorisées.

328. L'insatisfaction des malades tient souvent aux conditions psychologiques défavorables qui président aux relations entre le médecin et son malade. Le cadre de cette relation peut être en cause mais, plus souvent, l'insuffisance de formation du médecin en psychologie et en relations humaines nuit à un dialogue véritable entre deux êtres humains dont l'un assume un rôle paternel (ou mieux, fraternel), et l'autre celui de malade.

¹ Les résultats de cette enquête sont rapportés dans Raymond S. Duff et August B. Hollingshead : *Sickness and Society*, Harper and Row, New York, 1968.

329. Les témoignages des participants aux comités de consultation populaire mis sur pied par la Commission donnent une image ou une conception plutôt négative du médecin. Le principal motif semble être que la personne, c'est-à-dire le malade, se sent perçue comme un objet. En raison même de son impuissance et de son incapacité de s'aider lui-même, le malade veut être considéré comme une personne humaine qui pense, qui a des sentiments, des inquiétudes et des anxiétés et veut, par conséquent, être informé de ce qui lui arrive et prévenu des divers moyens thérapeutiques que le médecin entend utiliser pour améliorer son état. C'est précisément cette aide, cette compréhension et cette sympathie qui font défaut¹.

2. — ASPECTS SOCIAUX

330. Les visites de la Commission ont permis à ses membres d'observer que le régime de la santé, dans sa forme actuelle, ne répond pas aux besoins de groupes importants de population et que son organisation ne tient pas suffisamment compte des problèmes d'accès aux soins et de la nature particulière des besoins de santé de certaines couches sociales. Implicitement, le présent régime de la santé tend à admettre sans esprit critique que tous les citoyens ont d'égales chances d'accès aux soins et des besoins identiques.

331. Que l'état de santé des groupes défavorisés soit moins bon que celui de l'ensemble de la population ne peut faire aucun doute, si l'on retient les indices de santé présentés au chapitre précédent². Citons, à titre d'exemple, une étude de la Commission des écoles catholiques de Montréal sur l'état de santé de deux groupes d'écoliers (tableau III.1) : elle accuse une incidence de maladie cinq fois plus forte chez les enfants des milieux défavorisés. De même, une étude du Conseil des Oeuvres de Montréal révèle que, dans les zones défavorisées, 44 pour cent des familles ont un régime alimentaire déficient, 20 pour cent des enfants ne parlent qu'après l'âge de trois ans et que près de 40 pour cent des enfants présentent une ou plusieurs insuffisances psychiques³.

332. Pour les groupes défavorisés ou économiquement faibles, le problème de la santé comporte généralement des dimensions multiples et corrélatives, où il est impossible de distinguer entre causes et effets : loyer insalubre, conditions sanitaires insuffisantes, sous-alimentation, faible niveau d'éducation, faible revenu.

¹ Voir l'annexe 22 de notre rapport.

² Voir le chapitre II du présent volume : « Le milieu et l'état de santé ».

³ Conseil des Oeuvres de Montréal : *Opération : Rénovation sociale* (stratégie en vue de réduire les inégalités socio-économiques dans les zones défavorisées de Montréal), Montréal, décembre 1966, chap. VI, pp. 32-33.

TABLEAU III.1

État de santé comparatif de groupes d'enfants des secteurs favorisés ou défavorisés

Type de maladie	ENFANTS		PARENTS	
	Hospitalisation de la naissance à l'entrée à l'école		Antécédents familiaux	
	Secteurs favorisés *	Secteurs défavorisés **	Secteurs favorisés	Secteurs défavorisés
Rougeole	6	16		
Coqueluche	1	23		
Gastro-entérite	19	46		
Pneumonie	9	31		
Otites à répétition	1	7		
Accidents divers	13	19		
Amygdalectomie	23	93		
Mastoïdectomie	—	5		
Total des hospitalisations	72 pour	240 pour		
	577	256		
	enfants	enfants		
	(soit	(soit		
	12.4%)	93.7%)		
			Père	Mère
Maladies cardio-vasculaires			5	5
Cancer			2	1
Troubles mentaux			14	13
Épilepsie			1	5
Diabète			2	11
Tuberculose			3	—
Alcoolisme			26	1
				Père
				Mère
			16	19
			3	5
			23	48
			8	6
			3	7
			11	4
			83	2

Source : Résultats d'une étude effectuée sur 833 écoliers de 1^{re} année scolaire de Montréal en 1966-1967 par le Service de santé de la ville de Montréal.

* Ce groupe était constitué de 577 enfants, soit 69.3 pour cent de l'échantillonnage total de secteurs favorisés.

** Pour ce secteur, l'échantillonnage était de 256 enfants, soit 30.7 pour cent de l'ensemble des enfants sélectionnés en milieu défavorisé.

333. La solution de ces problèmes socio-économiques nécessite des efforts coordonnés de la part de plusieurs secteurs et une attention particulière à ces groupes. L'étude du Conseil des Oeuvres de Montréal suggère, en vue de remédier à cette situation, que l'on groupe tous les services communautaires requis pour répondre aux besoins de la population : écoles, services de main-d'œuvre, services sociaux polyvalents, services de santé, police, organisation de loisirs, animation sociale¹, etc.

334. La justice distributive ne demande-t-elle pas que l'on facilite à ces groupes défavorisés l'accès au régime de la santé et que l'organisation de ce régime s'adapte à leurs besoins particuliers ? Pourtant, nos visites à travers le Québec permettent de constater qu'à quelques exceptions près, aucun programme spécifique de soins n'est encore projeté pour répondre aux besoins des économiquement faibles. Le projet-pilote de Pointe Saint-Charles, où une unité de soins communautaire est établie en ce sens, appartient à l'initiative des étudiants en médecine de l'université McGill.

C. — LES OBSTACLES D'ORDRE FINANCIER

335. Les difficultés d'accès aux soins dues à des raisons financières s'atténuent depuis une dizaine d'années par l'introduction d'un régime d'assurance-hospitalisation à caractère universel et, plus récemment, d'un régime d'assurance médicale couvrant les frais des soins médicaux et chirurgicaux donnés aux assistés sociaux. Elles le seront encore davantage par la mise en vigueur prochaine d'un régime universel d'assurance-frais médicaux. La multiplication des adhésions à des régimes privés d'assurance médicale obvie, pour certains groupes sociaux, aux difficultés financières d'accès. On doit, cependant, ajouter que ce sont les groupes les plus favorisés — classes moyennes et travailleurs syndiqués inclus — qui se prévalent de ce type de protection. Les ressources financières restreignent l'accès aux soins des groupes à faible revenu. Les membres des comités de consultation populaire font unanimité : c'est la barrière la plus importante à l'accès aux soins.

336. Pour une partie de la population, les frais des médicaments, des soins dentaires, des lunettes et des prothèses sont des obstacles presque insurmontables. On néglige les soins dentaires ou oculaires en raison de leur coût élevé. L'achat des médicaments traumatise

¹ Voir le volume VI de notre rapport, *op. cit.*, au chapitre V : « Les mécanismes de coordination ».

une bonne partie de la population qui comprend mal pourquoi l'État facilite les consultations médicales et refuse de fournir les médicaments gratuitement ou à coût réduit. Les participants aux comités de consultation populaire expriment clairement leur opinion à ce sujet ¹.

337. Au-delà des coûts immédiats de la maladie — ceux des soins professionnels et hospitaliers — les dépenses indirectes, occasionnées par elle, grèvent plus lourdement les budgets modestes. Ainsi en est-il du manque à gagner résultant d'une interruption du travail, des frais de déplacement jusqu'à un centre hospitalier lointain, ou de l'absence de services gratuits d'aide familiale et de garderie. Les comités de consultation populaire ont établi que la maladie, liée à une condition de faiblesse économique, devient une sorte de problème permanent et de cercle vicieux inéluctable ².

III. — LES COÛTS DES SOINS

338. L'examen, sur une base comparative, de la situation du régime de la santé au Québec révèle l'écart à franchir si l'on veut améliorer l'état de santé et l'accès aux soins.

339. Avant d'opérer des changements à l'orientation du régime, rappelons les coûts des soins actuels et voyons jusqu'à quel point les résultats obtenus justifient l'allocation de crédits énormes au secteur de la santé.

340. De l'analyse de l'évolution comparée des coûts des services de santé au Québec et au Canada, trois faits marquants ressortent :

- 1° l'augmentation considérable des dépenses de la santé au cours des quinze dernières années, particulièrement depuis sept ou huit ans;
- 2° l'importance accrue, dans la structure générale des dépenses de la santé, des prestations de soins dans leur fonction curative et dans la phase aiguë du traitement;
- 3° et pour le Québec, un taux d'hospitalisation inférieur et un coût relativement plus élevé, à la fois par malade traité et par journée d'hospitalisation.

¹ Voir l'annexe 22 de notre rapport, *op. cit.*, p. 10.

² *Ibid.*, p. 17.

A. — L'AUGMENTATION DES COÛTS

341. L'ensemble des dépenses du gouvernement québécois pour la santé s'élève en 1967 à \$103.23 par habitant (tableau III.2). Ce montant comprend les contributions fédérales aux programmes administrés par le Québec. Pour obtenir le total des dépenses publiques de la santé au Québec, il faut ajouter un montant d'environ \$1 par habitant, qui représente la contribution nette des municipalités. Les soins hospitaliers, qui coûtent \$95.08 par habitant en 1967, constituent de loin la part majeure de cet effort public en matière de services de santé.

342. Avec l'instauration du régime d'assurance-hospitalisation, les frais d'hospitalisation assumés par le gouvernement du Québec et par des contributions du gouvernement fédéral représentent en 1967 quatre fois et demie le montant de \$20.84 *per capita* de 1960.

TABLEAU III.2

Dépenses * du gouvernement du Québec pour la santé, 1954 à 1967

Année budgétaire	Dépenses totales		Dépenses per capita	
	\$100,000	Pourcentage d'accroissement annuel	Ensemble des dépenses de santé	Soins hospitaliers
1954-55	63.3	—	14.42	11.43
1955-56	64.7	2.2	14.33	11.22
1956-57	65.9	1.8	14.24	11.21
1957-58	75.6	14.7	15.89	12.68
1958-59	85.7	13.3	17.54	13.86
1959-60	102.7	19.8	20.44	16.45
1960-61	129.8	26.4	25.34	<u>20.84</u>
1961-62	229.9	77.1	43.72	39.45
1962-63	274.6	19.4	51.13	46.60
1963-64	309.1	12.6	56.39	48.96
1964-65	359.1	16.2	64.32	60.40
1965-66	429.4	19.5	75.52	71.86
1966-67	523.3	21.8	90.53	84.90
1967-68	605.8	15.8	103.23	<u>95.08</u>

Source : D. B. S. : *Provincial Government Finance, Revenue and Expenditure*, The Queen's Printer, Ottawa, cat. 68-207. Rapports annuels.

* Ces dépenses équivalent aux dépenses « brutes », c'est-à-dire qu'elles représentent le coût total des programmes de santé administrés par le gouvernement du Québec, y compris les sommes mises à la disposition du Québec par le gouvernement fédéral dans le cadre des programmes à frais partagés.

343. Dans les hôpitaux publics où l'on traite les maladies aiguës et chroniques et où l'on soigne les convalescents, une accélération de la hausse des budgets coïncide avec la mise en vigueur d'un régime intégral de financement public par voie de l'assurance-hospitalisation; toutefois, ceux des hôpitaux psychiatriques subissent des hausses annuelles encore plus considérables. Ces augmentations de dépenses proviennent à la fois d'une demande et d'un volume croissants de soins par malade mais, plus encore, d'une augmentation rapide des coûts des installations et des salaires dans le régime de la santé. Nous reviendrons plus loin sur l'influence relative de ces facteurs par rapport aux diverses expériences canadiennes, mais soulignons tout de suite qu'au cours de la période de 1961 à 1968 l'augmentation annuelle des frais de l'assurance-hospitalisation varie de 16 à 22 pour cent¹.

344. Si nous dégageons la part des dépenses qui ne constitue pas un emploi nouveau de ressources, mais simplement un transfert graduel des sources de financement, il nous faut considérer l'évolution des dépenses d'hospitalisation sur une période plus longue que celle qui coïncide avec l'entrée en vigueur de l'assurance-hospitalisation.

B. — LA PARTICIPATION PUBLIQUE DANS LES DÉPENSES DE LA SANTÉ

345. La période 1955-1968 témoigne à travers tout le Canada d'une augmentation considérable de la participation publique dans les dépenses de la santé.

346. En 1968, au Canada, tous les frais de santé, y compris l'hygiène et l'élimination des ordures, s'élèvent à \$214.30 par habitant. À l'exclusion des services précités, ils atteignent \$201.85 par habitant, dont 95 pour cent sont constitués de frais d'hospitalisation, de frais médicaux et dentaires, de médicaments, ainsi que d'autres soins. La part réservée aux programmes généraux de santé publique, à l'intérieur desquels on retrouve les services de prévention, atteint 5 pour cent.

347. Remarquons à l'aide du tableau III.3 que la composante « soins hospitaliers » augmente plus rapidement que toutes les autres. En 1968, 60 pour cent des dépenses de la santé couvrent le coût de l'hospitalisation comparativement à 57 pour cent en 1955.

¹ Voir l'appendice III.1 du présent chapitre : « Évolution des coûts des services de santé au Québec et au Canada de 1954 à 1969 ».

TABLEAU III.3

Coûts des services sanitaires, par catégorie de services et par habitant, au Canada, 1955 et 1968

<i>Catégories de services</i>	1955 (per capita)	1968 (per capita)	Augmentation (1968/1955)
Services généraux et de santé publique	\$ 4.60	\$ 10.95	238%
Soins hospitaliers	39.70	121.00	305%
Soins médicaux et dentaires, fournitures de médicaments, autres	24.85	69.90	282%
<i>Sous-total</i>	69.15	201.85	292%
Hygiène et élimination des ordures	6.10	12.45	204%
<i>TOTAL</i>	75.25	214.30	285%

Source : Rapport des comités d'étude sur le coût des services sanitaires au Canada, vol. 3, op. cit., tableau C.5, p. 435.

348. Par contre, au cours de l'intervalle 1955-1968, la part gouvernementale dans le financement des services de santé passe de 40 à 67 pour cent du total des dépenses (tableau III.4).

349. Or on sait que cette situation elle-même est transitoire. Avec la mise en vigueur des régimes d'assurance-maladie, les gouvernements assument initialement environ 50 pour cent du budget « privé » pour la santé, c'est-à-dire des dépenses non actuellement acquittées par l'État¹ mais par les malades eux-mêmes.

¹ Cette estimation s'appuie sur le fait que les soins médicaux comptent approximativement, en 1966, pour 52 pour cent des soins autres que l'hospitalisation, les soins dentaires 15 pour cent, les médicaments 16 pour cent et les « autres services » 16 pour cent. (Données inédites contenues dans une communication présentée en 1969 à l'Université de Montréal par M. John E. Osborne, directeur de la Direction de la recherche et de la statistique au ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.)

350. En résumé, en 1968, il en coûte à la famille canadienne moyenne, c'est-à-dire formée de 3.7 personnes, \$ 700. pour les soins reçus. De ce montant, elle paie environ \$230 ou 33 pour cent, l'État en comble le solde au moyen des impôts généraux ou d'un impôt particulier. En 1955, le coût s'élève en moyenne à \$260 pour une famille identique, dont 60 pour cent ou \$157 est à la charge directe de la famille (voir diagramme III.1).

TABLEAU III.4

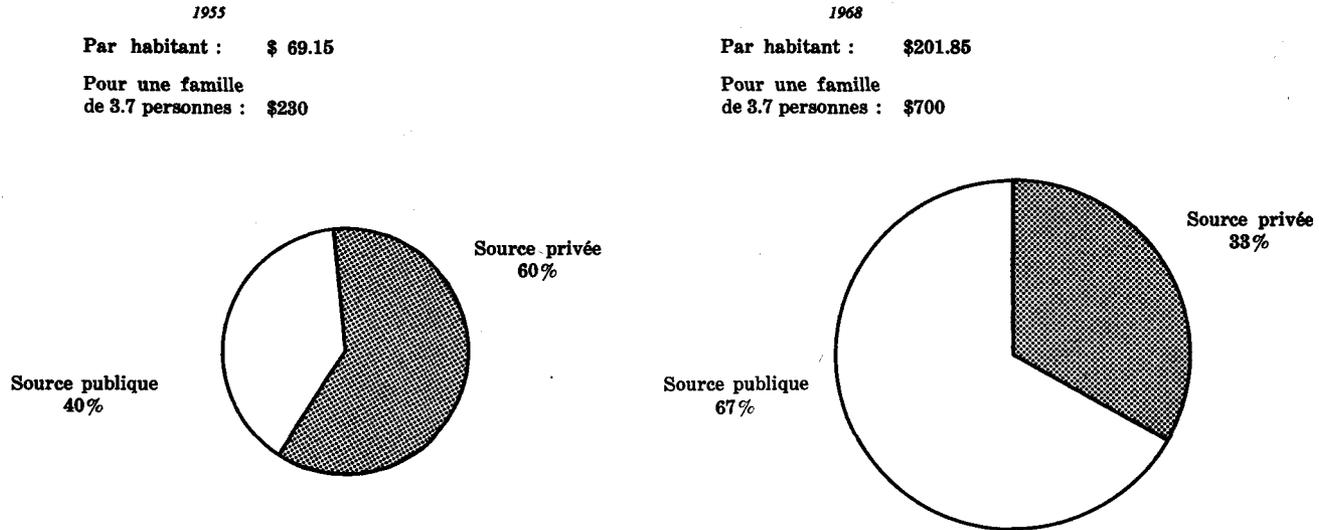
Coûts des services sanitaires, par source de financement et par habitant, au Canada, 1955 et 1968

<i>Sources de financement</i>	<i>1955</i>		<i>1968</i>	
	<i>Dépenses per capita (\$)</i>	<i>En pourcentage du total</i>	<i>Dépenses per capita (\$)</i>	<i>En pourcentage du total</i>
— tous les gouvernements	27.95	40	135.80	67
— autres sources	41.20	60	66.05	33
Total (toutes sources de financement)	69.15	100	201.85	100

Source : Rapport des comités d'étude sur le coût des services sanitaires au Canada, vol. 3, op. cit., tableau C.11, p. 441.

DIAGRAMME III.1

Répartition des dépenses de santé pour une famille-type et selon la source de financement, Canada, 1955 et 1968



Source : Diagramme constitué à partir des données contenues dans le tableau III.4.

351. Alors que le total des frais moyens par famille est multiplié par 2.7, l'incidence directe de ces frais sur le budget familial est de 1.5, grâce au transfert du fardeau de financement des sources privées vers les sources gouvernementales.

352. Puisque le Trésor public constitue la source principale de financement des services de santé, il apparaît assez important de mettre en rapport l'évolution des dépenses de la santé et celle de l'ensemble des dépenses publiques gouvernementales. Nous le ferons au moyen d'une comparaison entre les gouvernements du Québec et de l'Ontario.

353. Sur la base *per capita*, l'ensemble des dépenses¹ des gouvernements du Québec et de l'Ontario est respectivement de \$87.73 et de \$92.22 en 1954 et de \$444.02 et de \$427.27 en 1967. On observe que les coûts des soins par habitant au Québec atteignent au total \$5 de plus qu'en Ontario, en 1967 (tableau III.5)².

354. Bien que le revenu personnel *per capita* s'élève plus rapidement au Québec qu'en Ontario, les dépenses budgétaires du Québec représentent un effort fiscal plus considérable : en 1967, 21.5 pour cent du revenu personnel *per capita*, contre 16.3 pour cent en Ontario.

355. L'éducation et la santé ont priorité pour tous les gouvernements provinciaux, et leurs coûts s'élèvent plus rapidement au cours de cette période : constatation qui ressort d'une comparaison des rythmes de croissance de ces secteurs par rapport au rythme de croissance de l'ensemble des dépenses gouvernementales (tableau III.5). D'ailleurs, la répartition des dépenses des secteurs les plus importants montre un parallélisme fidèle entre l'Ontario et le Québec³.

356. On constate que, au cours de la période étudiée, 33 pour cent de l'augmentation des dépenses du gouvernement du Québec vont à l'éducation et 24.6 pour cent à la santé; tandis qu'en Ontario, cette augmentation atteint respectivement 32.7 et 24.9 pour cent.

¹ Ces dépenses équivalent aux dépenses brutes, c'est-à-dire qu'elles représentent le coût total des programmes administrés par les gouvernements des provinces, y compris les paiements de transfert intergouvernementaux qui peuvent servir au financement de ces programmes.

² Voir l'appendice III.1 du présent chapitre : « Evolution des coûts des services de santé au Québec et au Canada de 1954 à 1969 ».

³ Voir les tableaux III.1.5 et III.1.6 de l'appendice III.1 du présent chapitre : Evolution des coûts des services de santé au Québec et au Canada de 1954 à 1969 ».

TABLEAU III.5

Dépenses * pour la santé, l'éducation et l'ensemble des secteurs des gouvernements du Québec et de l'Ontario, 1954 et 1967

	Québec			Ontario		
	1954 \$	1967 \$	augmen- tation en %	1954 \$	1967 \$	augmen- tation en %
1. Dépenses générales brutes	87.73	444.02	406	92.22	427.27	363.3
2. Santé	14.42	103.23	716	15.10	97.58	646
3. Éducation	16.54	132.98	804	19.16	130.09	679
4. Revenu personnel par habitant	1,059	2,069	95.4	1,466	2,624	79.0
5. Dépenses brutes (1) en % du revenu personnel par habitant (4)	8.3	21.5	—	6.3	16.3	—

Source : D. B. S. : *Provincial Government Finance, Revenue and Expenditure, op. cit.*, cat. 68-207. *Rapports annuels*.

* Dépenses *per capita*.

357. Cette légère différence favorise l'éducation en Ontario, et la santé au Québec. Si l'on se reporte à la situation au début de cette période, et le diagramme III.2 est établi à cette fin, on observe qu'il faut tenir compte du rattrapage indispensable pour analyser l'évolution comparée des dépenses de l'Ontario et du Québec¹.

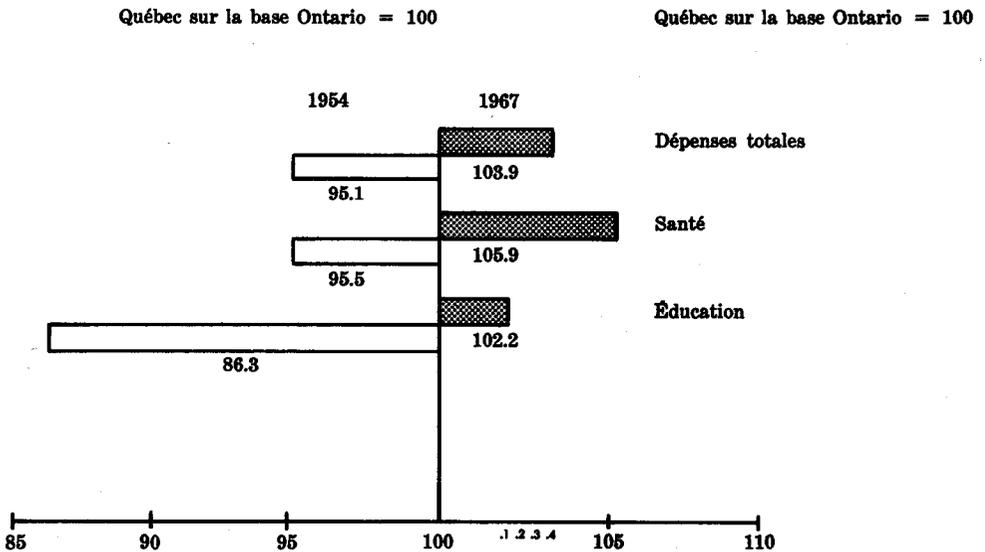
358. Ce transfert de financement, des ressources privées vers les ressources publiques, introduit un changement dans la structure des dépenses publiques de la santé, réparties par grandes fonctions. Le graphique suivant (III.1) illustre l'ascension de la composante soins hospitaliers dans l'ensemble des dépenses du ministère de la Santé,

¹ Il importe de souligner que le rattrapage au Québec est plus considérable dans le domaine de l'éducation que dans celui de la santé et qu'en favorisant le secteur de la santé, le rétablissement de l'équilibre ou le rythme de dépassement ne tient pas compte entièrement de ce facteur.

ainsi que la position relative du Québec et de l'Ontario à ce point de vue. En 1966, au Québec, la proportion des frais hospitaliers s'abaisse par suite de l'instauration du régime d'assistance médicale et de l'établissement d'un réseau de soins à domicile. En Ontario, le même mouvement reflète l'avènement du régime d'assurance-maladie. Dans les deux cas, les soins hospitaliers tendent à l'emporter sur les soins fournis à l'extérieur de l'hôpital. Mais il y a toujours une incidence de plus en plus forte des soins curatifs sur l'ensemble des dépenses de la santé.

DIAGRAMME III.2

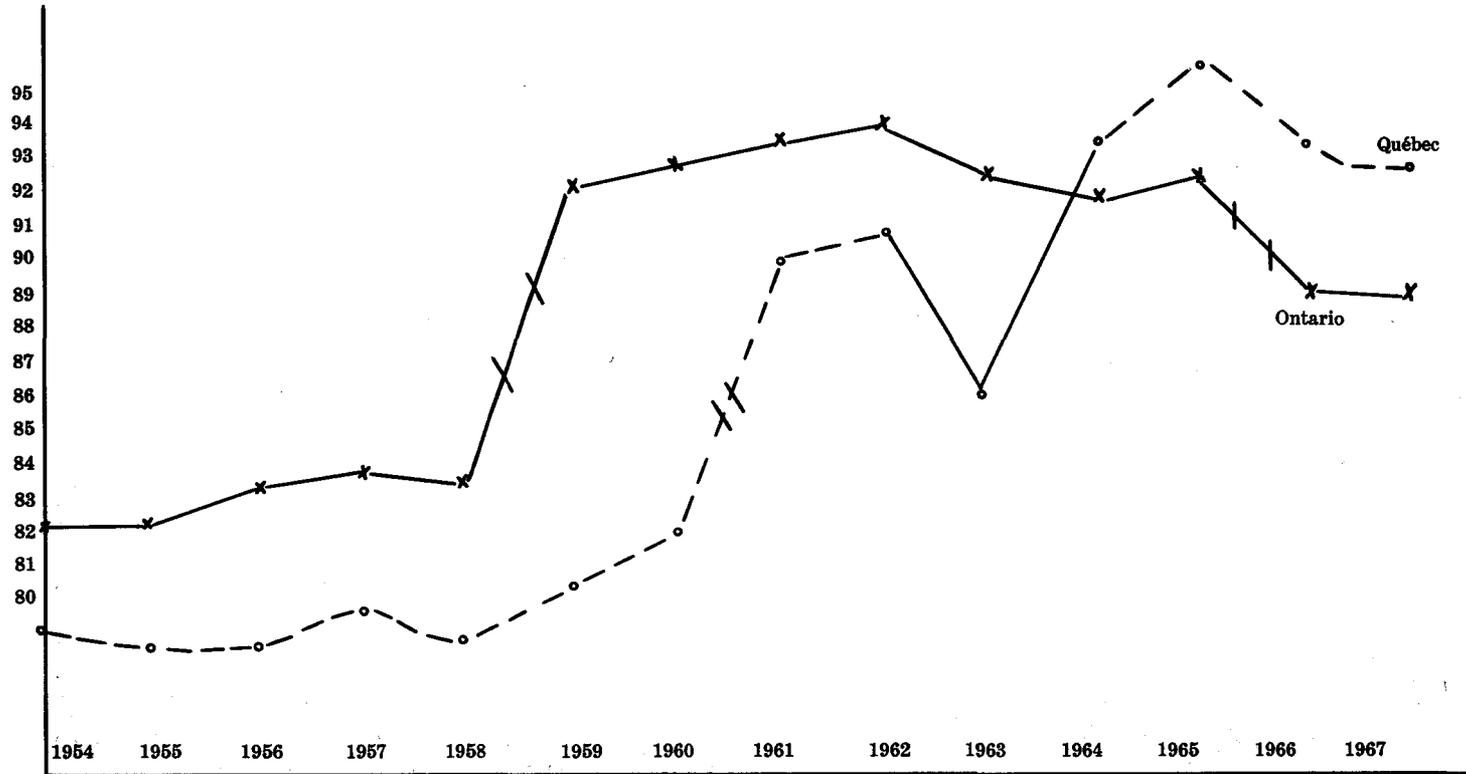
Dépenses pour la santé et l'éducation, gouvernement du Québec par rapport à celui de l'Ontario, 1954 et 1967



Source : D. B. S. ; *Provincial Government Finance, Revenue and Expenditure, op. cit.*, cat. 68-207. Rapports annuels.

GRAPHIQUE III.1

Proportion des soins hospitaliers dans l'ensemble des dépenses gouvernementales de santé,
Québec et Ontario, 1954 à 1967



359. Les changements survenus dans les sources et les modalités de financement contribuent également à hausser la demande de soins hospitaliers par rapport aux autres modes de soins ou de services. À ses débuts, le régime d'assurance-hospitalisation fait de l'hospitalisation une condition de l'accès libre à tout éventail de soins¹. De plus, on peut dire que ce facteur a contribué à transformer l'exercice de la médecine dont l'accès à l'hôpital est devenu un élément déterminant.

360. À leur tour, les modes de calcul utilisés pour le financement renforcent la tendance vers la médecine curative en milieu hospitalier. Ainsi, le financement de certains examens diagnostiques courants qui peuvent favoriser la prévention et le dépistage précoce de la maladie ne fait pas l'objet d'un partage. Ce qui fait dire à certains auteurs que l'incitation financière repose précisément sur l'hospitalisation, en quelque sorte symptôme de l'échec relatif de l'ensemble des soins. Une méthode de remboursement liée à l'occupation de l'hôpital encourage l'utilisation la plus intensive de la capacité existante. Par contre, les hôpitaux qui, par une utilisation plus intensive de leurs ressources, obtiennent un séjour moyen plus court, se trouvent pénalisés. Les taux élevés d'utilisation des hôpitaux stimulent à leur tour les projets de constructions nouvelles et perpétuent les anomalies du système de la santé.

361. Quelle que soit son origine, la compression de la prévention et du dépistage, au profit de l'utilisation de l'hôpital et des soins curatifs, en plus de se refléter immédiatement dans les coûts, représente pour l'avenir des dépenses supplémentaires qui pourraient être évitées.

C. — LE NIVEAU ACTUEL DES COÛTS

362. On sait qu'au Québec, la première phase du transfert des sources de financement du secteur privé vers le secteur public ne s'est opérée qu'au début de la présente décennie, au moment où le régime d'assurance-hospitalisation est entré en vigueur. Notre analyse du niveau actuel des coûts se limitera aux frais d'hospitalisation qui constituent de loin la composante la plus coûteuse des services de santé. On remarque au tableau III.2 qu'entre les années fiscales 1960-1961 et 1961-1962, le budget des soins hospitaliers a pratiquement doublé, par suite de l'impact de ce transfert. Mais pour la période

¹ Ce développement historique était sans doute inévitable dans un contexte où le financement des soins s'inspirait de l'analogie avec les principes de l'assurance pour les régimes majeurs. C'est d'ailleurs pour pallier cet élément de distorsion que le gouvernement du Québec, en 1967, décide d'étendre la couverture de l'assurance-hospitalisation aux services diagnostiques externes.

1962-1967, l'ensemble des frais hospitaliers rapportés sur la base *per capita* ont encore doublé (tableau III. 2). Au cours de cette période (1962-1967), les taux d'hospitalisation au Québec augmentent; les services diagnostiques s'ajoutent au budget de l'État; et les services psychiatriques amorcent une réforme dont nous avons déjà traité. Elle a une forte incidence sur l'évolution des coûts. Pourtant, ces facteurs ne sont pas suffisants pour expliquer le niveau actuel des coûts. Alors que le taux d'hospitalisation demeure relativement bas, les frais d'hospitalisation par habitant augmentent plus au Québec que dans toutes les autres provinces canadiennes.

363. En 1961, le Québec apparaît au huitième rang quant au coût *per capita* des soins hospitaliers pour les malades hospitalisés seulement (diagramme III. 3)¹. La Saskatchewan tient alors le premier rang; l'Ontario le deuxième, mais est talonné de près par la Colombie-Britannique et le Manitoba. En 1967, le Québec émerge au premier rang, suivi d'assez près toutefois par l'Ontario. La moyenne canadienne, qui présente un décalage de \$4.50 par tête (ou de 7 pour cent) par rapport au Québec, suit nettement l'importance relative du Québec et de l'Ontario. Le coût *per capita* reflète à la fois l'intensité d'utilisation de l'hôpital, le volume des soins offerts au malade, et le coût des ressources engagées dans les soins ou le coût unitaire.

364. Par contre, en 1966, le Québec apparaît au septième rang des provinces quant au nombre de journées d'hospitalisation pour 1,000 assurés (tableau III.6.1). Le tableau III.6.2 qui porte sur l'hospitalisation dans toutes les catégories d'hôpitaux indique que le Québec, qui vient au huitième rang par rapport au nombre total des journées d'hospitalisation, se classe au cinquième rang dans le cas des hospitalisés de 45 ans et plus et au sixième rang dans le cas des hospitalisés de 65 ans et plus. Ce qui signifie que l'écart dans le cas des hospitalisés de moins de 45 ans est le plus marqué.

365. Si nous revenons à l'Ontario qui suit les provinces de l'Ouest au point de vue des taux d'utilisation, mais enregistre une dépense *per capita* plus élevée, le nombre de journées d'hospitalisation dans les hôpitaux publics seulement se situe, en 1965, à 1,855.4 jours pour 1,000 habitants en comparaison de 1,623.4 au Québec, la même année. En 1967, les chiffres correspondants sont respectivement de 1,877.6 et 1,595.6².

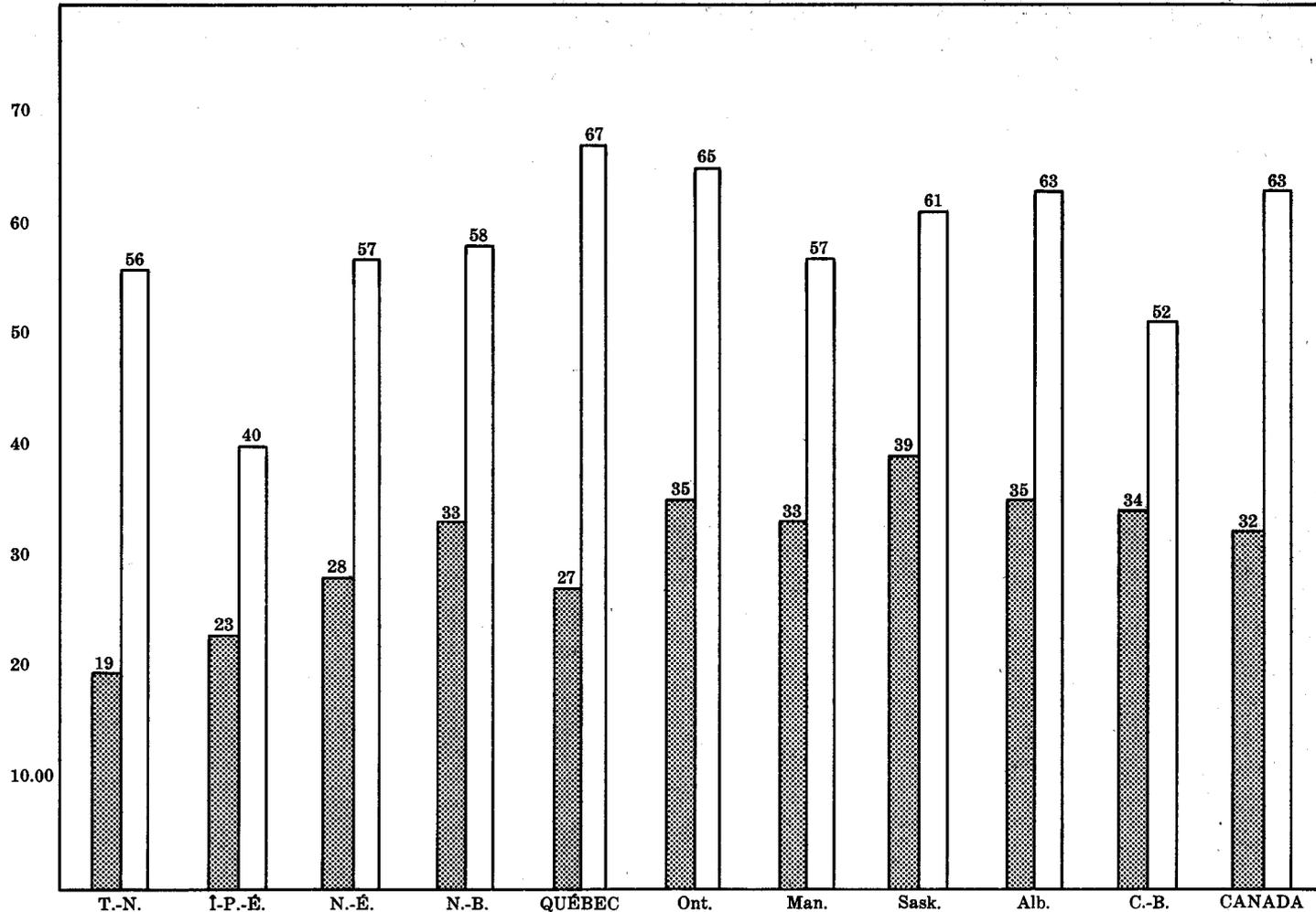
¹ À l'exclusion des frais hospitaliers qui ne sont pas admissibles selon la Loi d'assurance-hospitalisation.

² Voir l'annexe 1 de notre rapport : *Analyse comparative des coûts de l'hospitalisation au Québec et en Ontario*, préparée par la Commission.

DIAGRAMME III.3

Coûts per capita des soins hospitaliers aux malades hospitalisés, Canada et les provinces, 1961 et 1967

136



Source : Rapport annuel du ministre de la Santé nationale et du Bien-être social sur l'application des accords avec les provinces au titre de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques, pour l'année financière terminée le 31 mars 1968, tableau L, p. 29.

TABLEAU III.6.1

**Taux d'hospitalisation pour 1,000 assurés, au Canada
et dans les provinces, en 1966**

	<i>Taux pour 1,000 assurés</i>	<i>Rang</i>	<i>Évolution 1961-1966 sur la base indice 1961 = 100</i>
Terre-Neuve	1,384	11	117.6
Île-du-Prince-Édouard . . .	1,649	8	95.8
Nouvelle-Écosse	1,645	9	112.1
Nouveau-Brunswick	1,794	5	108.4
Québec	1,754	7	113.8
Ontario	1,920	3	101.5
Manitoba	1,901	4	106.9
Saskatchewan	2,247	1	100.2
Alberta	2,170	2	97.4
Colombie-Britannique . . .	1,778	6	106.1
Yukon	1,552	10	87.8
Territoires du Nord-Ouest	1,318	12	107.1
Canada	1,861		105.7

Source : Rapport annuel du ministre de la Santé nationale et du Bien-être social sur l'application des accords avec les provinces au titre de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques, pour l'année financière terminée le 31 mars 1966, tableau 4, p. 42.

366. Puisque l'utilisation y est moins intensive et la dépense par habitant plus forte, on doit s'attendre à ce que l'écart entre le prix de la journée d'hospitalisation au Québec et celui dans les autres provinces canadiennes soit sensiblement élevé. Le diagramme III. 4 place le Québec au premier rang des provinces quant au coût par journée d'hospitalisation dans tous les hôpitaux publics relevant du régime d'assurance-hospitalisation.

367. Les tableaux III. 1. 16 à III. 1. 20 de l'appendice III. 1' du présent chapitre fournissent certaines composantes du prix de journée d'hospitalisation. On y observe que le Québec tend à distancer les autres provinces canadiennes relativement à la somme de travail accordée par journée d'hospitalisation, et même au coût moyen de l'heure rémunérée². On enregistre les différences les plus considérables au niveau des services généraux d'administration et d'hébergement.

¹ Voir l'appendice III.1 du présent chapitre : « Évolution des coûts des services de santé au Québec et au Canada de 1954 à 1969 ».

² *Ibid.*

TABLEAU III.6.2

Taux * des jours d'hospitalisation pour l'ensemble de la population et pour certaines catégories d'âge, au Canada et dans les provinces, en 1965

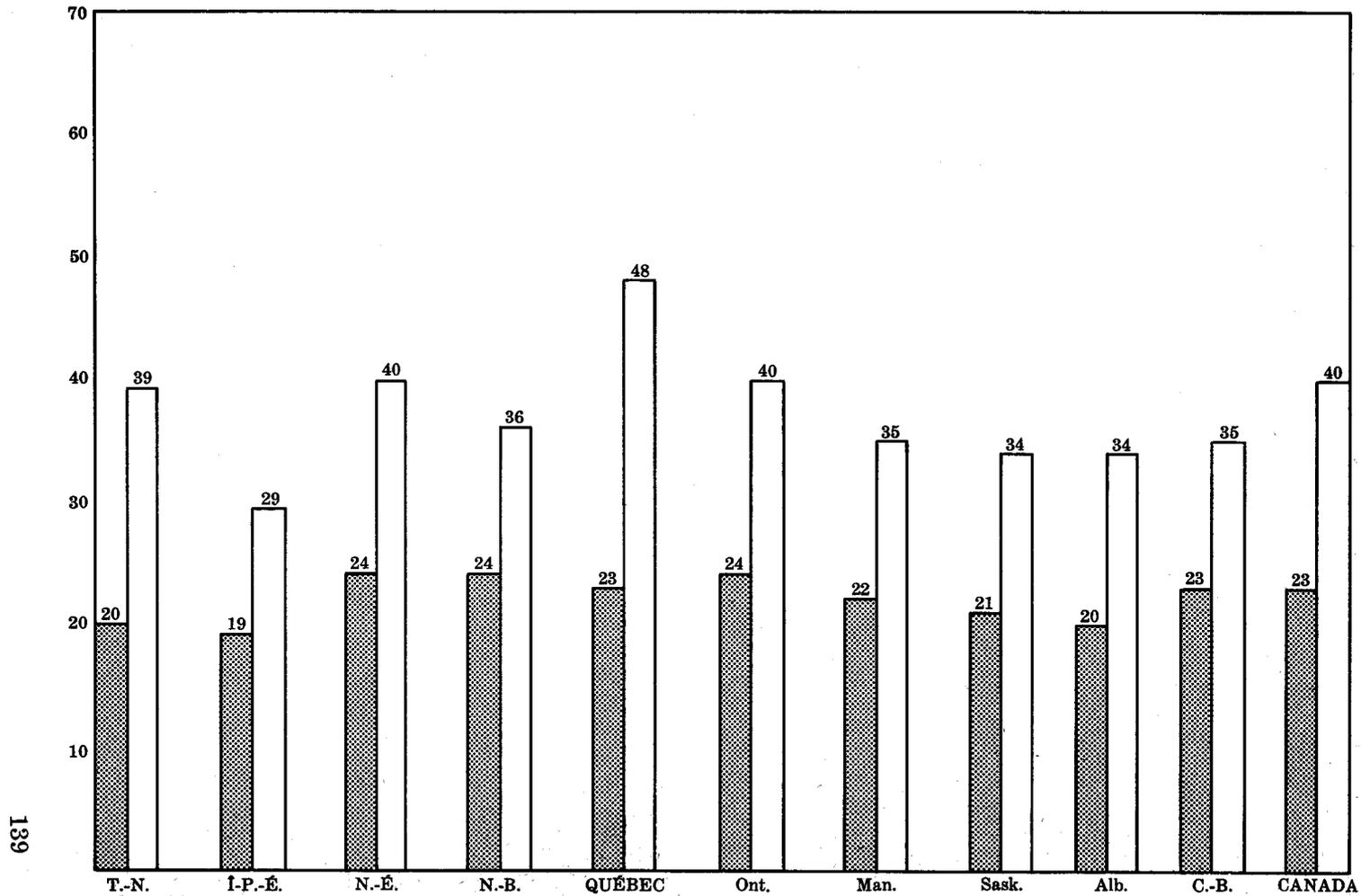
	<i>Total des jours d'hospitalisation</i>		<i>Jours d'hospitalisation pour personnes de 45 ans et plus</i>		<i>Jours d'hospitalisation des personnes de 65 ans et plus</i>	
	<i>Tous les hôpitaux et foyers de soins spécialisés</i>		<i>Hôpitaux généraux, chroniques et soins prolongés</i>		<i>Foyers de soins spécialisés</i>	
	<i>Taux</i>	<i>Rang</i>	<i>Taux</i>	<i>Rang</i>	<i>Taux</i>	<i>Rang</i>
Canada	4,609		4,116		16,034	
Terre-Neuve	2,796	10	2,471	10	8,001	9
Nouvelle-Écosse	3,862	9	3,190	7	7,483	10
Île-du-Prince-Édouard	4,527	6	3,128	8	14,858	7
Nouveau-Brunswick	4,308	7	3,625	6	12,793	8
Québec	4,241	8	4,040	5	15,661	6
Ontario	4,754	5	4,388	3	16,034	5
Manitoba	4,982	4	4,204	4	17,332	4
Saskatchewan	5,176	2	5,064	2	19,052	2
Alberta	5,424	1	5,221	1	23,023	1
Colombie-Britannique	5,010	3	3,021	9	18,628	2

Source : Données inédites obtenues de la Direction de la recherche et de la statistique, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Ottawa.

* Pour 1,000 h.

DIAGRAMME III.4

Coût de la journée d'hospitalisation dans les hôpitaux publics, au Canada et dans les provinces, en 1961 et 1967



368. Toutefois, la comparaison des prix de journée d'hospitalisation et des volumes de ressources utilisées par journée d'hospitalisation doit elle-même être précisée, car elle reflète le degré d'utilisation de la capacité existante. Si, par souci d'efficacité, les hôpitaux diminuent les durées moyennes de séjour, cela signifie, à taux d'occupation équivalents, un mouvement plus grand de malades et des frais accrus par journée d'hospitalisation. Par contre, la variation des taux d'occupation contribue à brouiller ces relations à cause de la présence de frais fixes. Il faut alors faire intervenir des rapports supplémentaires, dont les coûts par lit et par départ. Selon le tableau III.7, l'Ontario et le Québec ont des durées de séjour moyennes élevées; par contre l'Ontario a un taux d'occupation parmi les plus élevés, et le Québec, parmi les plus faibles. L'analyse de ces rapports montre que la Colombie-Britannique jouit des coûts hospitaliers les plus enviables, tandis que le Québec occupe la position la moins avantageuse, soit le premier rang quant au coût par habitant, par journée d'hospitalisation, par lit et par départ. Il se classe aux derniers rangs quant aux coefficients d'hospitalisation de la population et au degré d'utilisation de la capacité de son système d'hospitalisation.

TABLEAU III.7

Coûts * des dépenses hospitalières dans les hôpitaux publics en relation avec le degré d'utilisation du système hospitalier, au Canada et dans les provinces, en 1967

	<i>Durée moyenne</i>	<i>Taux d'occupation</i>	<i>Coût par lit</i>	<i>Coût par départ</i>
Terre-Neuve	91.7	89.2	73.5	73.8
Île-du-Prince- Édouard	85.9	89.1	55.0	49.4
Nouvelle-Écosse . .	90.9	98.7	83.5	73.3
Nouveau- Brunswick	87.6	105.9	80.1	64.3
Québec	100.0	100.0	100.0	100.0
Ontario	103.3	107.2	91.1	86.5
Manitoba	89.2	102.5	76.7	63.8
Saskatchewan . . .	85.9	101.7	71.4	53.4
Alberta	88.4	96.0	68.3	63.2
Colombie- Britannique	81.0	107.3	80.2	60.7
CANADA	92.0	102.3	87.2	79.5

Source: B. F. S. : *La statistique hospitalière*, vol. VII, *Indicateurs hospitaliers*, 1967. Imprimeur de la Reine, Ottawa, 1969, cat. 83-216.

* L'indice du coût est calculé par rapport au Québec (100).

D. — LA PROJECTION DES COÛTS

369. Sur la base des tendances actuelles, la projection de la situation dans le domaine des frais de l'hospitalisation signifie pour le Québec des dépenses annuelles de près de \$ 2 milliards en 1976. Pour l'ensemble du secteur de la santé, en modifiant quelques hypothèses relatives à l'évolution du prix des soins médicaux¹, et en projetant les dépenses d'autre nature avec de légères modifications par rapport à la structure actuelle, nous obtenons un montant total de \$ 2,923.4 millions (tableaux III.8.1 et III.8.2).

370. Sur la base *per capita*, le résultat est donc le suivant :

TABLEAU III.8.1

**Projection * du coût des dépenses de la santé per capita pour 1976,
au Québec**

	<i>Dépenses annuelles per capita en 1976</i>
Soins hospitaliers	\$ 288.30
Santé publique et autres services	15.21
Soins médicaux	62.65
Autres soins personnels	62.65
	<hr/> \$ 428.81

* Cette projection s'appuie sur l'hypothèse que la population du Québec atteindra en 1976 le chiffre de 6,821,900 habitants, chiffre qui découle d'une étude effectuée pour le compte de notre Commission. Cette estimation représente une estimation intermédiaire par rapport à un accroissement démographique qui serait minimal ou maximal. Voir à ce sujet l'appendice I intitulé : *Les prévisions de population* de l'annexe 8 de notre rapport : *La prévision de main-d'œuvre dans le secteur hospitalier*, préparée par Richard Béland et Thomas Boudreau.

¹ Voir l'appendice III.1 du présent chapitre : « Évolution des coûts des services de santé au Québec et au Canada de 1954 à 1969 ».

TABLEAU III.8.2

Projection du coût total des dépenses de la santé, au Québec, en 1976

Régime de soins hospitaliers	Nombre de journées d'hospitalisation	Prix de la journée d'hospitalisation \$	Dépenses totales (en \$ millions)
Hôpitaux publics SAH ^{1a b}	10,204	145.15	1,481.1
Hôpitaux privés SAH ²	537.5	48.38	260.0
Établissements psychiatriques ³	6,022	37.04	223.0
<i>Total</i>			1,964.1
Santé publique et dépenses générales ⁴			103.8
Soins médicaux ⁵			428
Soins dentaires, services pharmaceutiques et autres ⁶			428
<i>Grand total</i>			2,923.4

Notes explicatives

- ^{1a} La projection des taux de morbidité hospitalière observée en 1966 à laquelle on applique les changements dans la structure de la population par âge et par sexe établit à 9,829,444 le nombre de journées d'hospitalisation dans les hôpitaux généraux publics en 1976. A ce nombre, on applique la répartition actuelle des journées d'hospitalisation entre les hôpitaux généraux publics, les hôpitaux publics pour malades chroniques, et pour convalescents et autres catégories de malades, et les hôpitaux privés.
- ^{1b} Le prix de la journée d'hospitalisation est déterminé au moyen d'un taux annuel d'augmentation de 13 pour cent par rapport aux prix observés en 1966, 1967 et 1968. Ces prix ont été réduits en 1966 et en 1967, pour tenir compte de l'effet des grèves sur le taux d'occupation, et augmentés en 1968, afin d'y incorporer la rétroactivité.
- ² Le prix de la journée d'hospitalisation dans les hôpitaux privés tient compte de la structure des prix en vigueur dans les hôpitaux publics et privés.
- ³ Dans ces établissements, on suppose que le nombre de journées d'hospitalisation diminue sous l'effet des améliorations apportées par les nouveaux modes de distribution des soins organisés depuis 1961 et de la tendance à transférer l'hospitalisation pour traitement psychiatrique aux hôpitaux généraux. Quant au prix de la journée d'hospitalisation, on en fixe l'augmentation à 13 pour cent, soit bien en deçà du taux moyen observé entre 1961 et 1968, les établissements du Québec ayant au cours de cette période rattrapé le niveau canadien.
- ⁴ On estime les dépenses de la santé publique de même que les dépenses d'administration à 5 pour cent du niveau actuel des dépenses publiques.
- ⁵ Le coût des soins médicaux tient compte d'un taux de croissance annuel des revenus bruts moyens des médecins de 5 pour cent, ce pourcentage étant retenu dans les projections de coûts reliées à l'instauration d'un régime d'assurance-maladie.
- ⁶ On estime les soins dentaires et autres frais à un niveau correspondant aux frais médicaux, ce qui rend compte de la structure actuelle de ces dépenses.

IV. — LA GESTION DES SERVICES DE SANTÉ

371. Par quels types d'intervention peut-on infléchir dans l'avenir la courbe des coûts, ou encore retenir dans des limites raisonnables les taux d'augmentation ? Si l'on considère qu'une réduction draconienne de la qualité des soins et des facilités d'accès est incompatible avec les objectifs d'une politique de la santé, deux seuls types d'intervention restent théoriquement possibles.

372. Le premier concerne le contrôle collectif du niveau optimum, de l'éventail et de la qualité des soins à donner à la population. Ces décisions relèvent essentiellement du domaine de la planification générale du régime de la santé. À partir du choix des objectifs et de l'identification des divers moyens d'atteindre ces objectifs, la collectivité prend elle-même ses décisions. À défaut d'une planification globale, chaque organisme œuvrant dans le domaine de la santé choisit ses objectifs et se développe à son propre rythme.

373. Le second type d'intervention vise l'efficacité générale des services de santé. Toutefois, avant de s'attarder à l'efficacité de gestion d'un hôpital ou de tout autre organisme de santé, il importe de situer cette question d'efficacité économique et sociale à un niveau plus élevé qui englobe tous les éléments du régime et met en cause les modes de distribution des soins et les modalités de traitement.

A. — L'UTILISATION DES SOINS HOSPITALIERS ET LE MODE DE RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS

374. L'utilisation de plus en plus grande des soins hospitaliers par rapport aux autres modes de soins, doit retenir notre attention. L'hospitalisation constitue l'élément le plus coûteux du régime de la santé. L'hôpital en tant que ressource à vocation spécialisée répond à environ 15 pour cent de la demande de soins; pourtant, les frais représentent au-delà de 60 pour cent des dépenses de la santé¹. Ces

¹ Plusieurs études ont évalué l'utilisation des lits hospitaliers, mais la plupart se bornent à la comparaison des durées de séjour par diagnostic et par type de malades. Des méthodes plus élaborées consistent à analyser des dossiers établis par les médecins traitants ou consultants. Une étude du genre auprès de sept hôpitaux de Rochester en arrive aux résultats suivants : les médecins des hôpitaux concernés jugent que 14.3 pour cent des malades hospitalisés n'ont pas besoin de l'être; le groupe des médecins consultants estiment cette proportion à 18.8 pour cent. Lorsqu'on y ajoute l'hypothèse d'un développement optimal des divers modes de soins, les mêmes pourcentages grimpent à 19.6 pour cent et 23.8 pour cent respectivement. Voir R. L. Berg, F. E. Browning *et al.* : « Bed Utilization Studies for Community Planning », *Journal of the American Medical Association*, mars 1969, vol. 207, N° 13, pp. 2411-2413.

constatations imposent une recherche de modes plus appropriés et plus économiques de distribution des soins. Les expériences tentées dans ce sens — développement d'unités de soins externes, extension des soins à domicile, mise sur pied de centres locaux de santé — doivent graduellement modifier la situation observée¹.

375. Toutefois, il existe présentement, au sein de l'organisation du régime de santé, des incitations majeures à l'utilisation des éléments les plus coûteux du régime.

376. La première a trait au mode d'organisation et de financement des soins qui, dans le passé, favorise systématiquement l'accès à l'hôpital, au détriment des autres modes de traitement².

377. La seconde incitation, non moins importante, tient essentiellement au mode de rémunération des médecins. Cette observation ne met pas directement en cause le niveau de la rémunération du médecin, car le nombre de visites auprès d'un malade hospitalisé ou de consultations au cabinet a une incidence marginale sur l'ensemble des dépenses de la santé³. Mais l'influence du mode de rémunération sera beaucoup plus significative, si celui-ci contribue de façon systématique à orienter le malade vers le type de traitement le plus coûteux. Lorsque le médecin est rémunéré à l'acte, il a tendance à recommander des soins plus élaborés qu'il n'est souvent nécessaire.

378. Le paiement à l'acte, associé à l'origine à l'exercice privé ou individuel de la médecine, a une longue tradition en Amérique du Nord et on peut penser que, préféré des médecins, il se maintiendra encore dans l'avenir, malgré tous les efforts d'organisation et de rationalisation des soins. Toutefois, aux États-Unis, plusieurs initiatives dans l'organisation de programmes de soins sur la base d'une participation communautaire — *Prepaid Group Practice Programs* — rompent avec le mode traditionnel d'exercice de la médecine et de rémunération des médecins⁴.

¹ Le lecteur se reportera ici au chapitre XIV du présent volume : « Les régions sanitaires, les programmes de soins et de salubrité publique et l'implantation des centres de santé », où sont décrites certaines expériences de réduction des taux d'hospitalisation.

² Cette question a été abordée dans une section précédente du présent chapitre.

³ Les soins médicaux représentent environ 20 pour cent du total des dépenses de la santé. Si bien qu'une augmentation de 10 pour cent du coût des soins médicaux entraîne une augmentation de l'ordre de 2 pour cent seulement de l'ensemble des coûts pour le secteur de la santé.

⁴ Il faut dire que la pratique historique de rémunérer insuffisamment la prévention, comparativement au traitement, contribue elle aussi à orienter les soins médicaux vers les composantes les plus coûteuses du régime de la santé. Les seuils de traitement offerts aux hygiénistes comme aux médecins de santé publique n'ont jamais été comparables à ceux des médecins en exercice privé. Le concept du *Community Health Center* a permis de rapprocher les deux types de médecins et de réduire la disparité de rémunération.

379. Or ces expériences assez révélatrices abaissent généralement le degré d'utilisation de l'hôpital et, parmi les traitements qui exigent l'hospitalisation, la fréquence de certains types d'interventions chirurgicales.

380. L'expérience de la fondation *Kaiser*¹ débute en 1950 et renverse la plupart des arguments des organismes professionnels qui défendent avec acharnement la rémunération à l'acte. Chez les adhérents au programme *Kaiser*, les visites au médecin sont moins fréquentes qu'au sein de la population générale, même s'il n'y a aucune participation de l'adhérent aux frais, le temps d'hospitalisation diminue à 69 pour cent et les besoins en lits pour la population plafonnent à 2.5/1,000. On cite souvent le cas de *Kaiser*. On y a étudié la qualité des soins et on l'a jugée excellente. Le revenu des médecins est comparable à celui des médecins qui exercent à titre individuel. La différence fondamentale est que les « incitations ou intérêts » sont fonction de l'efficacité du groupe et non du nombre d'actes médicaux.

381. À l'heure actuelle, plusieurs autres expériences du même genre sont en cours, avec des résultats comparables. Ainsi les 775,000 membres du *Health Insurance Plan of Greater New York (HIP)* passent de 20 à 25 pour cent moins de temps à l'hôpital en moyenne que la population de New York².

B. — LE FONCTIONNEMENT DE L'HÔPITAL

382. L'examen de l'efficacité au sens large des services de santé nous amène en second lieu à traiter de l'efficacité définie dans un sens plus restreint. Celle-ci résulte essentiellement d'un agencement heureux des ressources humaines, des installations, du matériel et de la fourniture de biens et services qui interviennent dans la distribution

¹ La fondation *Kaiser* offre à ses membres, moyennant une cotisation annuelle, un programme complet de soins et possède à cette fin ses propres hôpitaux et centres de santé, et dispose de médecins exerçant en groupe et rémunérés sur la base d'un traitement annuel. Mais les surplus à la fin de l'année sont partagés entre les hôpitaux et les médecins.

² Voir, entre autres, J. P. Bunker : « A Comparison of Operations and Surgeons in the USA and in England and Wales », *The New England Journal of Medicine*, janvier 1970, vol. 282, N° 3, pp. 135-144. On peut également se reporter à A. C. Rodman : « Comparison of Baltimore's Utilization Rates under two Physicians-Payment Systems », *Public Health Reports*, juin 1965, vol. 80, N° 6, pp. 476-480. Il rend compte des résultats d'une expérience inverse. En janvier 1963, le programme *Medicare* de la ville de Baltimore est complètement réorienté et le mode de rémunération des médecins passe d'un système de capitation à la rémunération à l'acte. Le nombre moyen de consultations par personne, qui est respectivement de 2.7 et 2.6 en 1961 et 1962, se hisse à 3.0 et 3.36 en 1963 et 1964.

de soins ou de traitements donnés. En limitant notre analyse au milieu hospitalier, nous traiterons successivement de l'utilisation de personnel, du matériel et des bâtiments.

1. — L'UTILISATION DU PERSONNEL EN MILIEU HOSPITALIER

383. L'importance des ressources humaines comme facteur de distribution des soins hospitaliers a une influence très nette sur le taux de croissance des coûts de l'hospitalisation. En effet, plus le personnel est important, plus la moyenne d'augmentation des coûts reflète de près la hausse des salaires.

384. La dernière décennie marque une demande accrue de soins hospitaliers qui reflète de façon plus que proportionnelle celle des effectifs¹, créant ainsi une rareté relative de personnel hospitalier. La période coïncide également avec une phase de croissance économique soutenue, accompagnée de pressions inflationnistes importantes, pendant laquelle on constate que l'augmentation générale des salaires réels tend à dépasser celle de la productivité. De plus, le secteur hospitalier est astreint à un rattrapage des rémunérations, en regard de l'entreprise privée. Cette phase n'est pas terminée à tous les niveaux².

385. Tous ces éléments expliquent les taux élevés de croissance des salaires et des coûts au cours de la période la plus récente. Ils indiquent en outre que dans l'avenir les taux de rémunération sont susceptibles de connaître à certains niveaux des augmentations annuelles plus importantes que celles du secteur privé. Les taux annuels d'augmentation des coûts ne pourront être de beaucoup inférieurs aux taux d'augmentation des rémunérations, à moins que l'on ne compense ces hausses par un relèvement de la productivité, c'est-à-dire par une meilleure utilisation du personnel.

386. À ce sujet, il importe de souligner la difficulté — inhérente aux objectifs mêmes de l'hôpital et à l'absence d'évaluation des tâches et des rendements — d'orienter l'utilisation du personnel vers une amélioration de la productivité qui soit dissociée d'une augmentation de la qualité ou du volume des soins.

¹ Voir l'annexe 8 de notre rapport.

² Il convient de se reporter ici aux pages 47 à 55 de l'annexe 1 de notre rapport. On constatera que, par comparaison avec les salaires en vigueur dans le secteur hospitalier de l'Ontario ou le secteur privé, l'échelle des salaires versés au Québec favorise systématiquement les catégories de personnel les moins qualifiées : l'auxiliaire, par rapport à l'infirmière diplômée; le manœuvre, par rapport à l'électricien ou au charpentier.

387. Les dépenses de main-d'œuvre en milieu hospitalier atteignent maintenant une proportion qui oscille autour de 70 pour cent du total des coûts d'exploitation des hôpitaux. Cette proportion est plus élevée au Québec que dans la moyenne des provinces canadiennes, et elle a connu récemment une hausse plus rapide (tableau III.9.1).

388. Comme dans toute industrie de service, il est certain que l'augmentation du personnel autour du malade permet d'améliorer la qualité des soins. C'est pourquoi on observe généralement, sur une période de temps assez longue, un accroissement du nombre d'heures de travail par journée d'hospitalisation. L'accroissement de la proportion des dépenses consacrées au personnel, par rapport aux autres types de dépenses courantes, reflète à la fois cette évolution et les limites à la substitution à moyen terme du capital physique à l'élément humain.

TABLEAU III.9.1

Répartition en pourcentage * des dépenses hospitalières au chapitre du personnel, des hôpitaux publics répondants du Québec, de l'Ontario et du Canada, en 1962, 1964, 1966 et 1967

	1962	1964	1966	1967
<i>Dépenses au titre du personnel</i>				
Québec	65.5	66.2	70.2	
Ontario	69.6	68.1	69.2	
Canada	67.1	66.3	68.1	
<i>Salaires et gages seulement</i>				
Québec	64.7	65.6	68.6	72.1 69.7***
Ontario	67.2	65.3	65.6	66.0
Canada	65.3	64.5	65.6	67.0
<i>Autres dépenses de personnel**</i>				
Québec	0.8	0.6	1.6	
Ontario	2.4	2.8	3.6	
Canada	1.8	0.8	2.5	

Sources : B. F. S. : *La statistique hospitalière*, vol. VI, *Dépenses hospitalières*, Imprimeur de la Reine, Ottawa, cat. 83-215. Rapports annuels.

B. F. S. : *La statistique hospitalière, rapport préliminaire pour 1967, 1968*, cat. 83-217, Imprimeur de la Reine, Ottawa.

* En pourcentage du total des dépenses d'exploitation.

** Comprend la contribution de l'employeur à l'assurance-chômage, à la caisse des accidents du travail et au fond de pension des employés.

*** Ce pourcentage ajusté de 3.5 pour cent rend compte de la dépréciation qui n'a pas été rapportée par les hôpitaux du Québec en 1967 et est égal au taux observé au cours des années antérieures.

389. En effet, l'utilisation accrue de matériel spécialisé doit normalement entraîner une hausse de la productivité et compenser en partie la répercussion de la qualité sur les dépenses pour le personnel et les autres frais. Sur ce point, la situation est plus stable en Ontario qu'au Québec. La proportion des dépenses relatives au personnel dans l'ensemble des dépenses de fonctionnement marque une nette accélération au Québec depuis 1964. Sans aucun doute, ce résultat décrit une situation relativement plus critique et constitue un premier indice de la difficulté de notre milieu à améliorer la productivité.

390. Or, à mesure que la masse salariale représente une proportion plus grande de l'ensemble des dépenses, il devient indispensable que toute hausse de la qualité entraîne, non plus une augmentation du nombre de personnes autour du malade, mais une amélioration du rendement des personnes présentes déjà. On obtient ce résultat par des modifications dans la composition et l'utilisation du personnel en place, ou encore par une contribution accrue des autres types de ressources ou de modalités de soins. Cette dernière possibilité, toutefois, est alors compromise, car l'accélération du taux de croissance de la masse salariale diminue la masse des ressources financières que l'on peut appliquer à l'introduction de mécanismes nouveaux, et qui sont à la source de gains de productivité.

a) Le personnel : quantité et composition

391. À la hausse de la proportion des dépenses courantes relatives à la rémunération du personnel correspond un accroissement majeur et très rapide de la quantité de personnel par lit et du nombre d'heures rémunérées par journée d'hospitalisation. Entre 1961 et 1967, la main-d'œuvre des hôpitaux du Québec a presque doublé. À titre d'exemple, soulignons que le rapport infirmières-population augmente de près de 90 pour cent entre 1960 et 1968¹. Cette évolution à elle seule est peu indicative d'efficacité, puisqu'elle reflète tout autant l'évolution de la demande de soins, les développements de l'offre et la réduction de la semaine de travail, que la productivité, c'est-à-dire la somme de travail utilisée pour un service constant.

392. À la suite d'une comparaison entre deux systèmes, le tableau III.9.2 fournit toutefois une première indication générale de l'utilisation du personnel. On remarque que la hausse est plus rapide au Québec qu'en Ontario. De plus, l'irrégularité de cette hausse particulière au Québec nous empêche d'associer celle-ci à un mouvement

¹ Données contenues dans l'annexe 8 de notre rapport.

qui reflète le relèvement de la qualité des soins¹. En 1967, la différence entre le Québec et l'Ontario est de deux heures rémunérées, dans l'ensemble des hôpitaux, et de presque trois heures, dans les hôpitaux généraux. Chaque journée d'hospitalisation représente donc au Québec, par rapport à l'Ontario, 15 pour cent de plus de temps du personnel².

393. Dans une analyse sur les coûts d'hospitalisation au Québec et en Ontario³, nous nous sommes appliqués à trouver la raison de cet écart, car avant de pouvoir l'interpréter comme indicateur de la productivité ou de l'efficacité du régime, il faut d'abord le dépouiller de certains effets incorporés au volume de soins à cause de l'imprécision du terme journée d'hospitalisation.

394. De cette analyse, il ressort que les différences dans les services qui apparaissent au tableau suivant (III.9.3)⁴ demeurent significatives et indicatrices de la productivité des deux systèmes.

395. D'autres écarts importants dans la quantité de travail utilisé⁵, aux unités de laboratoires et de radiologie par exemple, sont attribuables non pas à une utilisation moins efficace du personnel, mais plutôt à un volume plus important d'examen par malade hospitalisé ou traité à la consultation externe. Nous identifierons plus loin certains des facteurs d'utilisation plus extensive des examens diagnostiques.

396. Enfin, des écarts horaires marqués dans les services d'enseignement de la médecine et des sciences infirmières reflètent essentiellement le nombre plus considérable d'étudiants et leur dispersion plus grande à travers le système hospitalier. Cette observation, bien qu'elle soit peu pertinente pour juger de l'efficacité du système de

¹ En effet, l'accroissement de la qualité est plutôt caractérisé par une hausse lente et régulière des heures rémunérées par journée d'hospitalisation.

² Il faut reconnaître que le gouvernement du Québec est conscient de la situation. Dans le discours du budget prononcé le 29 avril 1969 à l'Assemblée nationale, Paul Dozois, alors ministre des Finances, le souligne : « ... au Québec, pour traiter un patient pendant une journée à l'hôpital, il faut payer, en moyenne, 17½ heures de travail, alors que 14½ heures suffisent dans les autres provinces ... ». Extrait des *Débats de l'Assemblée nationale du Québec*, Quatrième Session, 28^e Législature, vol. 8, N° 27, pp. 1108-1109.

³ Voir l'annexe 1 de notre rapport.

⁴ Voir à l'annexe 1 de notre rapport, les tableaux III.1 et III.2 de l'appendice de la section III.

⁵ Voir également les graphiques en appendice à l'annexe 1 de notre rapport.

TABLEAU III.9.2

Nombre d'heures rémunérées par journée d'hospitalisation, au Québec
et en Ontario, de 1962 à 1967

<i>Hôpitaux publics (généraux et spécialisés)</i>	<i>Québec</i>		<i>Ontario</i>	
	<i>Nombre d'heures rémunérées</i>	<i>Taux d'accroisse- ment annuel</i>	<i>Nombre d'heures rémunérées</i>	<i>Taux d'accroisse- ment annuel</i>
1962	12.6	—	12.5	—
1963	13.1	4.0	12.6	0.8
1964	13.9	6.1	12.8	1.6
1965	14.6	5.0	12.9	0.8
1966	15.3	4.8	13.3	3.1
1967	15.7	2.6	13.6	2.3

<i>Hôpitaux généraux publics seulement</i>	<i>Nombre d'heures rémunérées</i>	<i>Différence annuelle absolue</i>	<i>Nombre d'heures rémunérées</i>	<i>Différence annuelle absolue</i>
1962	14.0	—	13.3	—
1963	14.5	+0.5	13.4	+0.1
1964	15.4	+0.9	13.6	+0.2
1965	16.1	+0.7	13.8	+0.2
1966	17.1	+1.0	14.1	+0.3
1967	17.6	+0.5	14.5	+0.3

Source : B. F. S. : *La statistique hospitalière, rapport préliminaire, op. cit., cat. 83-217. Rapports annuels.*

distribution des soins, est tout de même assez révélatrice. Elle oblige à une distinction entre ces composantes que sont l'enseignement et la distribution des soins et renforce la nécessité de répartir les étudiants de façon plus rentable pour mener à bien ces deux tâches. Une plus grande concentration des étudiants, que favoriserait un meilleur encadrement par des cliniciens, tend en même temps à corriger l'incidence de la présence des internes et résidents sur les coûts de fonctionnement du laboratoire et de la radiologie¹.

TABLEAU III.9.3

Proportion des heures rémunérées par journée d'hospitalisation pour certains services, au Québec par rapport à l'Ontario, en 1966 et 1967

Catégorie de service	Québec * 1966	Québec * 1967
Salle d'opération	111%	115%
Service d'urgence	105	113
Pharmacie	167	167
Archives	132	130
Administration générale	133	128
Entretien de l'installation	152	126

Source : Données tirées de l'annexe 1 de notre rapport.
* L'Ontario = 100%.

397. La composition de la main-d'œuvre peut également constituer un élément déterminant de la productivité des services hospitaliers. Dans les services de soins infirmiers, les disparités dans les coefficients de main-d'œuvre entre les hôpitaux témoignent surtout des différences importantes dans l'éventail des soins fournis par chaque hôpital, en fonction de sa dimension et de son affectation². Mais au-delà de ces disparités entre hôpitaux, la comparaison entre le système hospitalier de l'Ontario et celui du Québec laisse voir des différences appréciables dans la composition du personnel.

398. Parce qu'il compte sur la disponibilité d'un plus grand nombre d'élèves auxiliaires, le fonctionnement du système hospitalier québécois repose sur un nombre plus restreint de personnel diplômé; et de plus, il compense, par des postes d'assistance à la direction, un nombre moins élevé de postes de direction.

¹ Au moyen d'une étude comparative des coûts de fonctionnement des hôpitaux du Québec, nous avons observé que la présence d'un interne ou d'un résident augmente considérablement les dépenses de fonctionnement du laboratoire. Voir à ce sujet l'annexe 10 de notre rapport : *Les coûts de fonctionnement de certains services hospitaliers au Québec : analyse économique*, préparée par Claude-E. Forget.

² Voir l'annexe 8 de notre rapport.

399. Le tableau suivant (III.10) indique seulement 33.3 pour cent d'infirmières diplômées au Québec dans les services de soins infirmiers, contre 45 pour cent en Ontario. Cet écart de 13 pour cent s'explique de la façon suivante : proportion de 5 pour cent de plus d'élèves infirmières, et surtout auxiliaires, de 1.5 pour cent de plus d'infirmiers et de 8 pour cent de plus de la catégorie résiduelle. On remarque également que les postes de directrices, de surveillantes et d'infirmières chefs totalisent 5.5 pour cent au Québec, contre 7.2 pour cent en Ontario. Par contre, au poste de sous-chefs, on trouve relativement plus de personnel au Québec.

TABLEAU III.10

Répartition en pourcentage du personnel de soins infirmiers*, selon le poste, dans les hôpitaux généraux publics du Québec et de l'Ontario, en 1966

	QUÉBEC	ONTARIO
<i>Personnel de soins infirmiers</i>	%	%
<i>Infirmières diplômées par poste</i>		
Directrices et surveillantes	2.44	3.63
Infirmières chefs	3.10	3.54
Sous-chefs	3.40	2.18
Enseignantes	1.90	1.78
Infirmières soignantes	18.26	27.76
Autres	4.19	6.18
<i>Total des infirmières diplômées . . .</i>	33.30	45.07
Élèves infirmières	16.4	15.59
Élèves gardes-malades auxiliaires . . .	5.89	1.22
<i>Total des élèves</i>	22.36	16.81
Gardes-malades titulaires d'un certificat	12.16	13.93
Infirmiers	7.06	5.42
Autres catégories de personnel de soins infirmiers	25.12	18.77
TOTAL	100.0	100.0

Source : B. F. S. : *La statistique hospitalière*, vol. III, *Personnel hospitalier, 1966*, Imprimeur de la Reine, Ottawa, 1968, cat. 83-212.

* Il s'agit du personnel des services généraux et spéciaux de soins infirmiers.

400. En regard des renseignements que nous fournissent les bulletins périodiques du ministère de la Main-d'œuvre sur les postes de travail vacants, il est juste de relier la faiblesse relative du rapport diplômées/non diplômées à une rareté de la main-d'œuvre qualifiée. Toutefois, il faut également remarquer qu'au Québec la structure des rémunérations dans le secteur hospitalier et l'absence de mobilité verticale ne sont pas propices à corriger la pénurie de main-d'œuvre qualifiée et à susciter des candidatures compétentes aux postes de direction.

401. Les postes de responsabilité ou de direction sont assortis d'une prime monétaire, mais celle-ci est d'un montant fixe, de sorte qu'elle perd de sa valeur à mesure que le titulaire se spécialise et acquiert une plus grande expérience.

402. Si on les compare avec les rémunérations accordées dans d'autres provinces, les écarts de rémunération des divers niveaux de formation et de spécialisation sont relativement faibles entre eux au Québec¹. De plus, de façon générale, la structure des salaires favorise l'ancienneté plutôt que la recherche d'un niveau plus poussé de formation.

403. Ceci dit, la recherche d'une meilleure productivité par le recrutement de personnel plus spécialisé se situe dans le contexte d'une répartition fixe des tâches entre les diverses catégories de personnel. Or, il n'est pas du tout certain que ce partage des tâches soit aujourd'hui satisfaisant.

b) Analyse et évaluation des tâches

404. Bien que nous ne disposions à l'heure actuelle d'aucune étude particulière qui porte sur l'analyse et l'évaluation des tâches en milieu hospitalier québécois et que ce genre d'étude soit essentiel pour établir la meilleure façon d'utiliser les ressources, les visites de la Commission, les témoignages reçus et les travaux effectués au Canada par divers groupes ou autres commissions d'enquête permettent déjà de découvrir certaines lacunes dans la classification et la définition des tâches du personnel hospitalier.

405. D'abord, signalons le nombre très élevé de catégories de personnel hospitalier. Plusieurs correspondent à des niveaux et types de formation à peu près équivalents et commandent d'ailleurs

¹ Voir l'annexe 1 de notre rapport.

des rémunérations semblables¹. Toutefois, au niveau de la définition des tâches, chacune d'entre elles demeure renfermée sur sa propre identification et sur la hantise de sa survie en tant que profession distincte².

406. Une autre lacune dans l'évaluation des tâches concerne la relation entre le déploiement de personnel infirmier et les fluctuations de la demande hospitalière. L'hôpital n'étant pas en mesure de prévoir avec exactitude les mouvements de son personnel doit, d'une part, compter sur un personnel stable et permanent, principalement dans les postes de responsabilité, et d'autre part, avoir facilement accès à des réservoirs de personnel supplémentaire. Ainsi, le recrutement et l'embauchage du personnel de soins infirmiers doivent répondre à une occupation maximale de l'hôpital.

407. Le personnel à temps partiel est moins important au Québec que dans d'autres provinces. Certains hôpitaux, en effet, font état des réserves du Service d'assurance-hospitalisation quant à l'utilisation de ce personnel : il est plus facile, dit-on, de faire reconnaître un poste à plein temps qu'un poste à temps partiel.

408. Par contre, on observe que le taux de mouvement du personnel de soins infirmiers et de cadre engagé sur une base permanente est très élevé ; qu'en général, les médecins, chefs de service, servent l'hôpital sur une base de temps partiel et qu'ils ne disposent pas de personnel d'assistance à l'administration du service ; et, enfin, que les services de gestion du personnel en milieu hospitalier sont sous-développés par rapport à l'importance des ressources humaines dans l'activité de l'hôpital.

409. Il faut réunir ces observations sur le recrutement du personnel infirmier en fonction des fluctuations de la demande, d'une part, et l'absence de stabilité des permanents et des cadres, d'autre part. Car on ne peut guère rendre plus économique l'utilisation du personnel, sans connaître de stabilité et de permanence, tant dans la gestion du personnel que dans celle des activités au sein d'un service.

¹ Nombre de conventions collectives réunissent sous un seul vocable diverses catégories de personnel dans la détermination du niveau de rémunération.

² L'intervention des établissements de la santé dans la formation de leur propre main-d'œuvre, les pouvoirs de réglementation de l'exercice, la détermination des conditions d'entrée et du programme de formation laissée aux associations professionnelles, la multiplicité des unités de négociations sont autant de facteurs qui expliquent le large éventail et le cloisonnement des professions. Par contre, des tendances récentes, telle la prise en charge de la formation par le ministère de l'Éducation, contribueront sans doute à clarifier la situation.

410. Il semble à propos d'attirer ici l'attention sur le fait que traditionnellement le personnel infirmier détient la plupart des postes reliés à l'administration des services de soins infirmiers, plutôt que des spécialistes en administration¹ ; que plusieurs fonctions des services de soins infirmiers qui relèvent naturellement de services d'administration générale s'exercent à l'intérieur de ces services ; qu'on exige la présence de l'infirmière dans nombre de services reliés indirectement au soin des malades, tels les services de distribution centrale, la pharmacie, l'administration des soins infirmiers, etc.

411. Plusieurs facteurs expliquent cette omniprésence du personnel infirmier dans l'hôpital : la cloison étanche entre les ressources humaines qui constituent le personnel professionnel de la santé, d'une part, et les autres types de personnel en milieu hospitalier, d'autre part ; l'importance des tâches effectuées dans le passé par les étudiantes-infirmières, ce qui exige supervision constante de la part du personnel infirmier diplômé ; enfin, la délégation de la responsabilité de surveillance des malades, qui trouve alors difficile de confier à son tour cette responsabilité au personnel non professionnel.

412. Lorsque l'infirmière assume plusieurs tâches qui ne doivent pas lui être dévolues, il ne lui reste qu'une faible proportion de son temps à donner à la fonction pour laquelle elle est seule qualifiée. Des études sur l'activité des soins infirmiers démontrent une très grande variabilité du temps que consacre l'infirmière au soin des malades².

413. En outre — et ceci n'est pas exclusif au système québécois — on tend de plus en plus à remettre en question le « ritualisme » des tâches dévolues au personnel infirmier. Le relevé périodique de la température, du pouls et de la respiration en sont des exemples typiques. À ce propos, P. Poole écrit :

The routine taking of vital signs on hospitalized patients dates back to the days when the incidence of fevers was very high. Changes in patterns of medical practice, including innovations based on more information, changes in the types of diseases seen in hospital and drugs to prevent and combat infection

¹ Il faut signaler que les infirmières elles-mêmes se plaignent de cette situation. La seule façon pour elles d'accéder à un meilleur statut d'emploi est de s'orienter vers des tâches administratives pour lesquelles elles n'ont pas été préparées.

² Au cours de ces études, on observe que le temps consacré à des fins autres que la surveillance et le soin des malades varie facilement entre 15 et 40 pour cent et que ces activités sont reliées principalement à la diététique, à l'entretien ménager, à la buanderie, à la pharmacie, au laboratoire, à l'admission des malades, aux archives médicales, à l'administration générale, etc. Voir *Rapport des comités d'étude sur le coût des services sanitaires au Canada*, vol. 2, *Soins et services hospitaliers*, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social Ottawa, 1969, p. 95. (Ce rapport est encore à l'état de projet.)

are a few of the reasons for a reduction of the incidence of fevers in today hospitalized patients. *In spite of this, the routine taking of temperature, pulse, and respirations on most, or all, hospitalized patients, is still practised in Canadian Hospitals from once to three times daily*¹.

414. Le manque d'intérêt et d'application chez le personnel quant à l'utilité de ces tâches entraîne des résultats assez inattendus. Dans une étude effectuée dans trois hôpitaux canadiens, le même auteur observe : (1°) que 5 à 15 pour cent seulement des malades hospitalisés ont effectivement une température s'écartant de la normale ; (2°) que le pourcentage d'erreur dans le relevé de la température se situe autour de 35 à 40 pour cent ; et (3°) que l'erreur tend systématiquement vers la normale. Ces illustrations conduisent à des conclusions d'ordre plus général.

415. Il est certain, d'une part, que les tâches du personnel œuvrant en milieu hospitalier subissent des transformations très lentes, comparé au rythme très rapide des progrès techniques réalisés dans l'efficacité du traitement. Par exemple, le service traditionnel des repas aux chambres, qui entraîne un travail considérable, ne résiste ni à l'observation que la majorité des malades circulent librement dans l'hôpital quelques heures à peine après avoir subi une intervention chirurgicale, ni au prétexte de l'hygiène ou de la rigidité de la diète.

416. Il semble bien, d'autre part, que la plus grande faille de la gestion du personnel soit l'absence même d'évaluation permanente des tâches. Cette carence, en effet, justifie une résistance passive au changement, car on ignore le degré exact d'efficacité des tâches traditionnelles et on n'acceptera qu'avec réticence celles qui résulteraient de méthodes modernes de gestion, d'une définition nouvelle et d'une réorganisation des objectifs de chaque service. Ce n'est qu'ainsi qu'on arrivera à des tâches bien définies qui correspondront mieux aux rôles du personnel tout en laissant la porte ouverte à des substitutions.

c) Incidence des conventions de travail

417. Des efforts s'imposent pour une utilisation plus efficace du personnel en milieu hospitalier. Les hôpitaux se montrent jusqu'ici peu enclins à poursuivre ces efforts qui, dans l'état actuel des choses, risquent de se heurter à la rigidité des conditions de travail du personnel.

¹ Pamela E. Poole : *A study of the routine taking of temperature, pulse and respiration on hospitalized patients*, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Ottawa, décembre 1965. (Document miméographié.)

418. Sous prétexte de garantir aux employés d'hôpitaux le maintien ou l'amélioration des conditions de travail, certaines clauses de la convention collective qui régissent le personnel, autre que les professionnels et les cadres, restreignent les innovations dans l'utilisation du personnel, favorisent indirectement un rendement peu économique de l'hôpital, ou encore tiennent tout simplement lieu de décisions administratives.

419. Par exemple, rappelons ici le problème posé par la classification et la définition des tâches. Une négociation a toujours comme effet de scléroser une situation qui, par ailleurs, n'est pas satisfaisante. Dans le secteur hospitalier, le nombre d'unités de négociation de même que le passage de la négociation de l'échelon de l'hôpital à celui du niveau provincial contribuent à multiplier le nombre de classes de personnel et à rendre moins souple la définition des tâches.

420. À ce propos, toutes les clauses de la convention qui tendent à restreindre la mobilité du personnel d'une tâche à l'autre, ou d'un service à l'autre, rendent difficiles pour la gestion des innovations dans l'utilisation du personnel. En milieu hospitalier, ces restrictions à la mobilité sont d'autant plus sérieuses que, compte tenu des fluctuations des besoins des malades, il est impossible de s'y ajuster : il ne reste plus donc qu'à recourir à un personnel et à des heures supplémentaires¹.

421. Certaines clauses empêchent la mise à pied, dans le cas de regroupement des services, et favorisent encore indirectement une administration peu rentable de l'hôpital. Nous faisons allusion ici à l'article 13.16, paragraphe 4, de la convention collective en vigueur du 1^{er} juillet 1966 au 1^{er} juillet 1968, qui se lit comme suit :

De plus, l'institution concernée ne peut procéder ni directement ni indirectement à aucune mise à pied découlant de l'installation d'un service communautaire².

422. Si, comme il semble bien, le regroupement de certains services offerts par les hôpitaux sur la base individuelle se révèle plus efficace, cette clause force l'hôpital à garder du personnel inutile ou inadapté. Par contre, les paragraphes précédents de l'article 12.16 consacrent l'obligation de préavis de la part de l'employeur (par. 1) et la discussion entre les deux parties de mesures de recyclage

¹ Certains hôpitaux rapportent des situations très précises où ces restrictions entraînent des difficultés préjudiciables à l'état de santé des malades hospitalisés.

² *Convention collective de travail, 1966-1968, à l'usage du personnel hospitalier du Québec, C.S.N. et C.N.T.U., Québec, p. 21.*

(par. 2) ; ce sont des innovations qui doivent servir de modèle dans les négociations des secteurs industriels sujets à l'automatisation.

423. Enfin, les clauses qui consacrent l'ancienneté comme critère de promotion (art. 13.05), ou lors de mises à pied ou de déplacements (art. 12.14), tiennent effectivement lieu de décisions administratives. Elles constituent un obstacle à une saine motivation du personnel, du fait que seules les années de service, et non le rendement, déterminent la promotion.

424. Il y a d'autres éléments à signaler, comme certaines clauses (art. 11.07) entraînant la multiplicité des griefs et la perte d'efficacité qui en découle, le paiement des congés-maladie accumulés (art. 19.06), le crédit de l'ancienneté pendant douze mois d'absence pour maladie (12.10). Nous nous limitons toutefois aux trois aspects mentionnés précédemment, car ils nous paraissent être les principaux facteurs de rigidité dans la gestion du personnel.

d) Les rapports entre l'hôpital et le médecin

425. C'est un truisme d'affirmer que l'hôpital ne peut fonctionner sans la participation du médecin. Pourtant, les modalités qui régissent les rapports entre l'hôpital et le médecin doivent être remises en cause car, de l'avis de la Commission, celles qui prévalent aujourd'hui contribuent de façon substantielle à l'inefficacité de l'hôpital.

426. La participation actuelle veut que l'autorité hospitalière mette à la disposition des médecins des lits qui servent à hospitaliser leurs malades. Par suite, l'utilisation que fait chaque médecin de ces lits dépend de sa clientèle et des besoins de ses malades, de sorte que cet usage devient le principal déterminant de sa disponibilité à l'hôpital. Pour l'établissement, les conséquences de cet individualisme et de cette absence d'intégration du médecin sont multiples.

427. D'abord, l'établissement ne peut planifier ses activités en fonction directe de l'ensemble des besoins des malades mais doit s'adapter à la manière propre à chaque médecin de répondre aux besoins de ses malades. Ainsi, l'ensemble des médecins exerçant leur profession à l'hôpital y concentrent leurs activités le matin et tous les services auxiliaires : laboratoires, radiologie, pharmacie, ajustent leur rythme de fonctionnement en conséquence.

428. Outre l'hospitalisation des malades, l'hôpital a la responsabilité d'assurer des soins permanents à l'urgence et quasi continus aux

malades qui se présentent à la consultation externe. Comment planifier ces services si on ne peut compter sur la présence à l'hôpital d'au moins un médecin ? Plusieurs hôpitaux le font grâce aux nombreux médecins internes et résidents, et à des médecins étrangers qui n'ont pas le droit d'exercer au Québec. Dans un rapport sur la question des médecins internes et résidents, nous avons eu l'occasion de discuter des abus engendrés par cette situation ¹.

429. Si le fait pour le médecin de recevoir sa clientèle à l'hôpital offre des avantages au point de vue rémunération, à ces avantages correspondent aussi des dépenses pour le système hospitalier. Lorsqu'il reçoit un malade à la consultation externe plutôt qu'à son cabinet privé, qu'il voit ce malade non pas à heure fixe mais entre deux visites à des malades hospitalisés, le temps de ces visites est raccourci et la productivité accrue; de plus, les honoraires, dans tous les cas où le médecin ne rembourse pas à l'hôpital les frais de bureau qu'il lui occasionne, deviennent une rémunération nette. Il est évident que tous les médecins n'exploitent pas sciemment ces situations; mais elles existent et sont de plus en plus fréquentes, à mesure que se développent les consultations externes. Ainsi, la collectivité paie deux fois la composante technique et administrative de la rémunération du médecin : une première fois, par les honoraires qui l'incluent, et une seconde fois, lorsqu'elle se reflète dans les dépenses courantes de l'hôpital.

430. Nous avons brièvement traité plus haut de l'influence du mode de rémunération sur les coûts des soins médicaux. Attardons-nous ici sur le cas de la radiologie, où le mode de rémunération a une incidence incontrôlable sur l'efficacité de la gestion hospitalière et sur les coûts du système. Il est en effet connu que les radiologistes du Québec compensent un taux relativement plus bas de rémunération par unité, par un nombre plus élevé d'unités, de sorte que la rémunération annuelle du radiologiste se compare avantageusement à celle des autres provinces. Le nombre peu élevé de radiologistes s'y prête, mais la rémunération à l'unité constitue cependant une incitation directe à multiplier les examens, et chaque unité additionnelle entraîne des frais supplémentaires en personnel technique et en appareils.

431. La décision relative aux examens diagnostiques relève du médecin traitant, mais il n'y a pas de relation univoque entre le nom-

¹ *Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social*, vol. II, *Les médecins internes et résidents*, Imprimeur de la Reine, Québec, 1967.

bre d'examens et le nombre d'unités. De plus, on fait automatiquement un certain nombre d'examens, quels que soient les besoins du malade qui se présente à l'hôpital¹. Par comparaison, le système hospitalier québécois multiplie indûment le nombre et la fréquence de ces examens courants².

432. Ces considérations sur la non-intégration du personnel médical à l'établissement où il exerce incitent à conclure que l'administration hospitalière met l'hôpital à la disposition du personnel médical. Il est vrai qu'en retour ce système assure aux malades de bons traitements, mais à un coût beaucoup plus élevé que ne le fait un personnel médical intégré et qui apporte son concours en vue d'accroître l'efficacité des soins médicaux et hospitaliers et de les rendre plus accessibles.

2. — L'UTILISATION DES INSTALLATIONS

433. L'importance du personnel en milieu hospitalier, tout particulièrement dans les services reliés aux soins infirmiers, dont l'activité engendre presque 70 pour cent des coûts de fonctionnement, ne doit pas masquer d'autres pratiques qui témoignent indubitablement d'une gestion inefficace.

a) Achat de fournitures et de services

434. Les médicaments coûtent trop cher aux consommateurs, et leur diversification amène sur le marché un grand nombre de produits dont la nature, la qualité et l'efficacité sont équivalentes. Seuls le nom de commerce et le prix varient³. Les fabricants ont adopté depuis longtemps la pratique des escomptes de quantité qui atteignent, pour les hôpitaux, jusqu'à 80 pour cent des prix à l'unité. De plus, le maintien d'un éventail de médicaments pose un problème au niveau des inventaires.

435. Dans ce contexte et dans celui d'un organisme payeur unique, on s'étonne à bon droit qu'il n'y ait pas eu plus d'initiative de la part des hôpitaux ou du ministère de la Santé en vue de grouper les achats et d'obtenir l'uniformisation des prix et un système d'information sur les médicaments. Ainsi, les hôpitaux paieraient un prix uniforme et réaliseraient des escomptes de quantité.

¹ La non-transmission d'un dossier de santé d'un hôpital à l'autre est également une source de complication qui entraîne la multiplication inutile des examens.

² Voir l'annexe 1 de notre rapport.

³ *Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social*, vol. I, *L'Assurance-maladie*, op. cit., chap. VII, pp. 213-250.

436. Actuellement, chaque hôpital a sa pharmacie et, de façon générale, chacun achète les médicaments utiles sur le conseil de son pharmacien mais surtout selon les habitudes de prescription des médecins traitants. La seule directive du ministère de la Santé limite la consommation par journée d'hospitalisation à \$ 1.00, \$ 1.25 ou \$ 1.50 selon l'importance de l'hôpital.

437. Depuis la formation de comités de pharmacie au sein des hôpitaux, plusieurs établissements préparent des listes pharmaceutiques, initiative qui s'inscrit carrément dans le sens d'une meilleure utilisation des médicaments. Cependant, chaque fois, un établissement reprend ainsi à son compte toutes les phases de l'expérience, alors qu'il serait facile et extrêmement utile que le Service d'assurance-hospitalisation diffuse et transmette ces formulaires aux hôpitaux¹.

438. Le cas des médicaments constitue le cas-type de la piètre qualité de la gestion du système hospitalier dans l'achat de fournitures et de services. Que ce soit pour les fournitures médicales et chirurgicales, la literie et les aliments qui constituent les principaux postes de dépenses en fournitures, il existe une politique plus efficace d'achat qui repose sur la standardisation des produits utilisés, la rationalisation des inventaires et le groupement des achats. Sauf dans le cas des buanderies où il y a mise en commun des services, on dénombre très peu d'études et d'initiatives en vue d'améliorer les pratiques courantes.

439. L'achat de services, tels que les assurances et la vérification comptable, exige le recours aux mêmes pratiques de standardisation et de regroupement pour l'ensemble du système hospitalier. Le ministère de la Santé prépare une étude sur les assurances qui doit entraîner des mesures importantes touchant le coût de ce service. Quant à la vérification comptable, la Commission constate que, en plus des coûts de double vérification par les comptables et des hôpitaux et du ministère, cette vérification par des maisons comptables des états financiers de deux cents ou trois cents établissements relevant du ministère de la Santé donne lieu à des interprétations variées des directives quant aux procédures, et à une absence de standardisation des informations.

¹ Le ministère de la Santé lui-même, dans le cadre de la préparation d'une législation sur l'assistance-médicaments, a préparé une liste de médicaments approuvés pour usage en milieu hospitalier. Il est malheureux que le retard à établir un régime d'assistance-médicaments empêche la diffusion de cette liste si utile aux hôpitaux.

b) Utilisation des appareils spécialisés

440. Le monde de la santé devient le milieu par excellence des innovations techniques en appareils très spécialisés.

441. Leur utilisation est complexe et le coût astronomique. Il convient d'attirer l'attention sur le fait que, compte tenu de la dimension et du nombre des hôpitaux au Québec, ces appareils ne peuvent être rentables à l'échelle d'un seul établissement, et même dans les cas où la demande assure la rentabilité, le manque de personnel annule souvent celle-ci.

442. Ces observations indiquent que la situation actuelle en matière de planification et d'achat d'appareils spécialisés n'est pas satisfaisante et que, trop souvent il y a double emploi.

443. La planification des soins revêt une importance considérable quant à ce problème du double emploi qui découle presque automatiquement de la décision d'instaurer un service spécialisé. Il est difficile par l'inventaire des services spécialisés dans les hôpitaux de dégager des critères régionaux d'implantation. Ainsi, tous les hôpitaux importants de Montréal et de Québec se sont développés sur une base individuelle, et chacun offre une gamme presque complète de soins spécialisés. Il est vrai que les normes doivent évoluer au rythme de la technologie médicale, mais en tout temps, il faut réserver les soins spécialisés de thérapeutiques nouvelles aux centres d'enseignement et de traitement les plus importants.

444. On a mentionné précédemment la tendance à la prolifération d'appareils spécialisés dans les services diagnostiques. Le tableau suivant fournit une indication de la situation, comparée à celle qui prévaut en Ontario. Dans le domaine des appareils radio-thérapeutiques très spécialisés, 16.5 pour cent des hôpitaux du Québec disposent d'appareils de röntgentherapie superficielle, contre 9.9 pour cent en Ontario, et 18.2 pour cent de röntgentherapie pénétrante, contre 6.3 pour cent. Huit hôpitaux possèdent les appareils de thérapie cobalt au Québec contre un seul en Ontario (tableau III.11).

445. Enfin, le statut de centre important d'enseignement des sciences de la santé et de recherche ne justifie pas toutes les installations, particulièrement dans les secteurs ultraspecialisés¹. Il n'existe pas

¹ Le rapport du Comité fédéral-provincial sur les coûts insiste non seulement sur la planification de l'équipement de recherche et d'enseignement à l'échelle provinciale mais également sur des consultations interprovinciales qui apparaissent nécessaires pour éviter le double emploi.

actuellement de liens fonctionnels entre les centres hospitaliers de Sherbrooke, de Québec, et les hôpitaux d'enseignement de l'université McGill et de l'Université de Montréal qui permettent d'assurer une consultation et une coordination des projets d'investissement et pourtant cela faciliterait grandement la tâche du ministère de la Santé relativement à l'approbation des plans.

TABLEAU III.11

Pourcentage des hôpitaux possédant des appareils de radiologie spécialisés, au Québec et en Ontario, en 1966

<i>Appareils radiothérapeutiques</i>	<i>QUÉBEC</i>		<i>ONTARIO</i>	
	<i>Nombre d'hôpitaux</i>	<i>%</i>	<i>Nombre d'hôpitaux</i>	<i>%</i>
Rœntgénéthérapie superficielle . . .	28	16.5	22	9.9
Rœntgénéthérapie pénétrante	31	18.2	14	6.3
Cobalthérapie	8	4.7	1	0.4
Cesiumthérapie	2	1.2	3	1.4

Source : B. F. S. : *La statistique hospitalière*, vol. II, *Services hospitaliers*, 1966, Imprimeur de la Reine, Ottawa, 1968, cat. 83-211, tableau 9, p. 47.

446. Par contre, d'autres types d'équipement permettent l'automatisation des laboratoires et des services administratifs qu'on peut accélérer avec profit.

c) Les immobilisations : réalisations et projets

447. C'est au niveau des plans d'investissement que se prennent en fin de compte les décisions les plus importantes et les immobilisations acceptées fixent en grande partie le niveau d'activité du régime et ses coûts de fonctionnement.

448. La plupart des études qui portent sur les facteurs explicatifs de l'utilisation des soins hospitaliers accordent une place importante à l'offre de lits. On observe couramment que plus une région ou un pays dispose de lits d'hôpitaux, plus il recourt à l'hospitalisation; et qu'en cas contraire, il utilise d'autres méthodes de soins. De plus, l'opinion prévaut chez les médecins et les administrateurs que, dans les régions qui disposent d'au moins 4.5 à 5.0 lits d'hôpital général pour 1,000 habitants, de 15 à 30 pour cent des malades hospitalisés

à un moment donné n'ont pas strictement besoin d'occuper un lit; à condition évidemment qu'il existe des solutions de rechange plus adaptées aux besoins des personnes, telles que établissements de convalescence, centres de jour, soins à domicile, hôtelleries, services diagnostiques externes de même que, dans plusieurs régions, facilités de transport.

449. Parce que chaque lit d'un hôpital général coûte de \$ 25,000 à \$ 40,000 en immobilisations ¹, et que son occupation à 80 pour cent entraîne des frais annuels de fonctionnement de \$ 10,000 à \$ 15,000, il faut incorporer dans les projets d'immobilisations du secteur de la santé tout renseignement relatif aux critères déterminant les besoins en lits.

450. À notre connaissance, le Québec a pu utiliser au cours de la période 1961-1968 deux études prévisionnelles sur ses besoins en lits d'hôpital. La première, qui date de 1961, et ne s'intéresse qu'aux lits d'hôpital général, projette la situation existante à ce moment-là, sans s'interroger sur la disparité de l'équipement sur le territoire et sur la répartition des lits ².

451. De 1961 à 1963, des investissements très importants augmentent la proportion de lits d'hôpital général. Au 31 décembre 1963, la capacité théorique atteint 5.3, mais le nombre de lits dressés dans les hôpitaux pour chroniques et convalescents dépasse la capacité théorique, ce qui démontre une pression pour la transformation de lits d'hôpital général en lits pour malades chroniques et psychiatriques (tableau III.12).

452. De plus, une seconde étude ³, qui date de 1965, fait ressortir nettement que le Québec dispose en moyenne d'un nombre suffisant de lits d'hôpital général et que les investissements doivent s'appliquer à corriger la pénurie de lits pour malades chroniques et convalescents,

¹ Ces chiffres s'appuient sur des estimations du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, sur la base de données recueillies en octobre 1968. Il ressort qu'il en coûte, pour la construction d'un hôpital général, entre \$25,000 et \$40,000 par lit, exclusion faite du coût du terrain et des honoraires professionnels, à raison de 750 à 1,000 pieds carrés par lit.

² Selon la première de ces études, le Québec compte, en 1961, 4.7 lits d'hôpital général pour 1,000 h. Pour faire face à l'accroissement démographique et atteindre un nombre moyen de 5.2 lits pour 1,000 h., on juge nécessaire de prévoir, pour la période allant de 1961 à 1967, l'aménagement de 6,320 nouveaux lits. Comme le coût d'aménagement est estimé à \$20,000 par lit, l'investissement annuel net à consentir se chiffre à 25 millions de dollars, et ce, pour les lits d'hôpital général seulement. Voir à ce sujet : Société d'Etudes et de Recherches appliquées Limitée : *Etude prévisionnelle des besoins en lits d'hôpital à traitements actifs dans la province de Québec, prévisions pour 1967*, Québec, janvier 1963.

³ *Rapport préliminaire sur l'équipement hospitalier de la province de Québec*, op. cit.

et certaines disparités intolérables pour les régions excentriques, vu la concentration de l'équipement dans les régions métropolitaines de Montréal et de Québec. Pour l'ensemble du Québec, ce rapport fixe la norme minimale suivante : lits d'hôpital général, 4.5 pour 1,000 habitants; lits pour malades chroniques, convalescents et autres, 1.75; et lits pour malades psychiatriques, 3.0 pour 1,000 habitants.

TABLEAU III.12

Capacité des hôpitaux du Québec en lits dans les hôpitaux généraux, pour malades psychiatriques et pour malades chroniques, convalescents et tuberculeux, au 31 décembre 1963

	<i>Capacité théorique</i>	<i>Nombre de lits dressés</i>
Lits dans les hôpitaux généraux	5.34	4.82
Lits pour malades chroniques, convalescents et tuberculeux .	1.47	1.68
Lits pour malades psychiatriques	3.54	3.69
	<u>10.35</u>	<u>10.21</u>

Sources : *Canadian Hospital Directory, 1965*, Canadian Hospital Association, Toronto, 1965.

B. F. S. : *La statistique hospitalière, rapport annuel préliminaire, 1964*, op. cit., cat. 83-217.

B. F. S. : *La statistique de la tuberculose, vol. II, Installations, services et finances des institutions, 1963*, Imprimeur de la Reine, Ottawa, 1965, cat. 83-207.

B. F. S. : *La statistique de l'hygiène mentale, vol. I, Admissions et radiations des institutions, 1963*, Imprimeur de la Reine, Ottawa, 1966, cat. 83-204.

453. En 1966, année à partir de laquelle nous dressons l'inventaire des modifications apportées au système hospitalier¹, la situation globale est la suivante :

<i>Malades aigus</i>	<i>Tuberculeux</i>	<i>Malades chroniques et convalescents</i>	<i>Malades psychiatriques</i>	<i>Total</i>
4.982	0.257	1.266	3.932	10.437

¹ Voir l'annexe 15 de notre rapport : *Inventaire de l'équipement hospitalier actuel et des projets d'immobilisations au Québec*, préparée par la Commission.

454. La situation globale est donc satisfaisante. Selon le mouvement qui se dessine alors en faveur de l'utilisation plus intensive des services externes et des soins à domicile, et selon les normes proposées par le rapport préliminaire sur l'équipement¹, on peut fixer comme objectif général de transformer environ 2,000 lits pour cas généraux en lits pour malades chroniques et convalescents, suivant en cela le mouvement permis par l'évolution démographique. La situation de l'équipement psychiatrique pose un problème plus délicat car, bien que le nombre de lits soit trop élevé, la concentration de ces lits dans deux ou trois établissements ne répond plus aux normes de traitement psychiatrique. Enfin, le problème des disparités régionales pose un dilemme. S'il est vrai qu'il faut, par les transformations de lits pour cas généraux en lits pour malades chroniques, rejoindre en même temps les besoins des régions les plus mal pourvues, il n'en demeure pas moins que les régions où les disponibilités sont les plus nombreuses se prêtent mieux aux réaménagements à court terme.

455. Ce préambule, qui peut paraître long, nous permet d'évaluer l'affectation des immobilisations effectuées entre 1966 et 1969. Au cours de cette période, on ajoute 2,523 lits hospitaliers, dont 930 remplacent des lits fermés. Ces constructions nouvelles ou transformations donnent donc au total 1,595 lits de plus, dont 36 pour cent sont des lits pour cas généraux, et 64 pour cent pour cas chroniques, convalescents, psychiatriques ou autres que ceux qui sont traités pour maladies aiguës (tableau III.13.1). On observe également que les grandes régions de Montréal, de Québec et des Cantons de l'Est obtiennent 65 pour cent des lits additionnels; et les Cantons de l'Est seulement, 33 pour cent. Deux régions excentriques, Gaspésie et Côte Nord, connaissent une augmentation relative de leur capacité en lits aussi importante que celle des Cantons de l'Est (diagramme III.5).

456. Le bilan de l'évolution des rapports lits/population indique que les régions de Trois-Rivières, de l'Outaouais, et de l'Abitibi n'ont pas une part relative suffisante des investissements. Dès 1966, leur situation est moins bonne que ne l'est celle des trois régions privilégiées : Cantons de l'Est, Gaspésie et Côte Nord. D'un autre côté, pour la Gaspésie comme pour la Côte Nord, il faut plus de lits pour malades chroniques et convalescents, et moins de lits pour cas généraux. Par contre, le genre de transformations que connaissent les régions de Montréal et de Québec paraît dans l'ensemble satisfaisant, du moins par rapport aux normes fixées en 1965 (tableau III.13.2).

¹ *Rapport préliminaire sur l'équipement hospitalier de la province de Québec, op. cit.*

TABLEAU III.13.1

Lits d'hôpitaux additionnels par catégories de lits et par régions économiques, pour tous les hôpitaux du Québec, de 1966 à 1969.

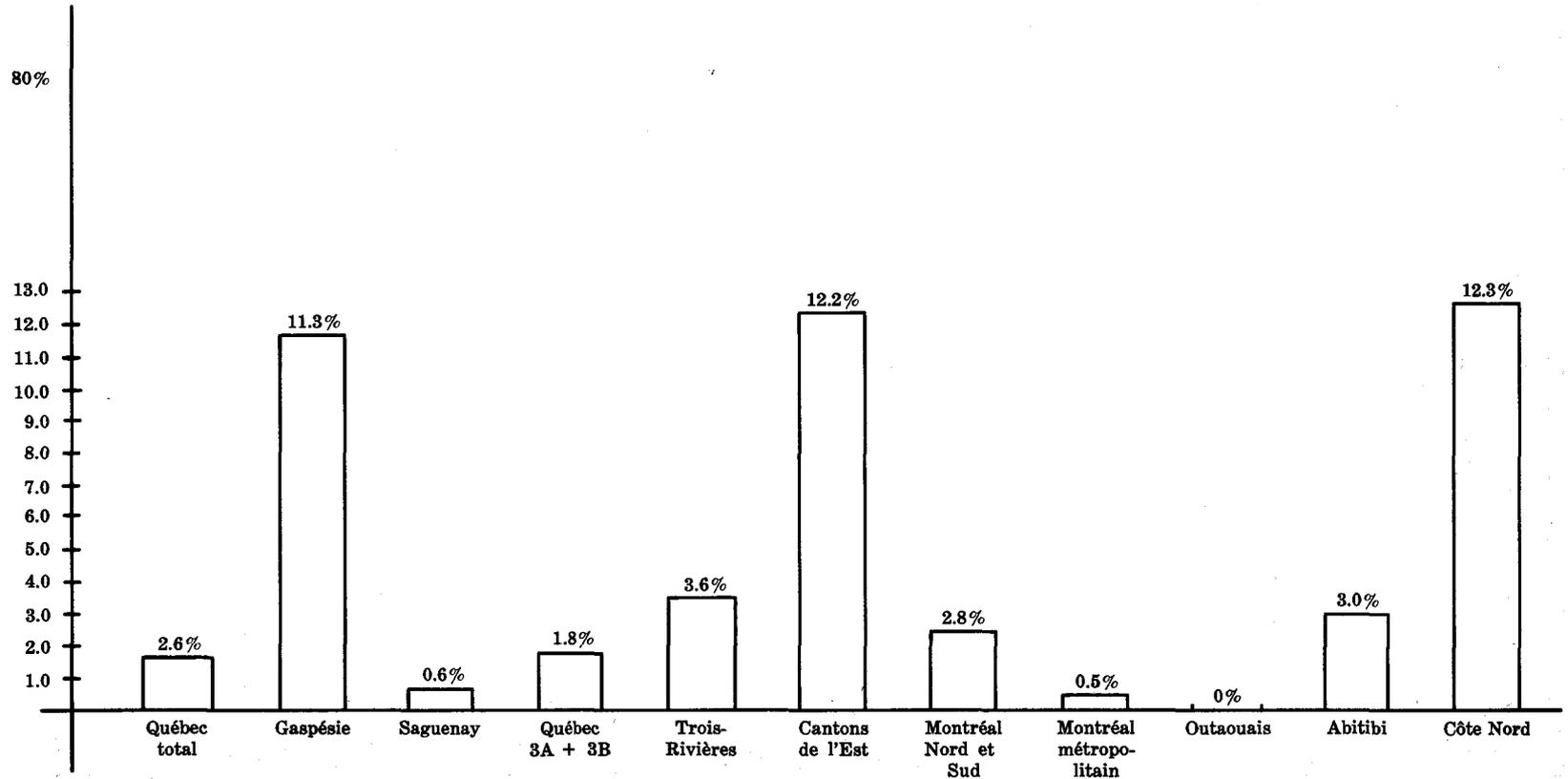
	Total lits additionnels			Répartition en pourcentage	Lits généraux additionnels			Lits spécialisés additionnels ¹		
	lits ajoutés	lits fermés	addition nette	Addition nette par région	lits ajoutés	lits fermés	addition nette	lits ajoutés	lits fermés	addition nette
1. Gaspésie — Rive Sud	331	0	331	20.8	220	0	220	111	0	111
2. Saguenay — Lac St-Jean	18	0	18	1.1	0	0	0	18	0	18
3. Région de Québec 3B	623	394	229	14.4	220	196	24	403	198	205
4. Trois-Rivières	66	0	66	4.1	0	0	0	66	0	66
5. Cantons de l'Est	589	56	533	33.4	428	56	372	161	0	161
6. Montréal Nord 6A et Montréal Sud 6B	185	34	151	9.5	28	34	-6	157	0	157
7. Montréal métropolitain	472	335	137	8.6	45	125	-80	427	210	217
8. Outaouais	41	41	0	0	0	41	-41	41	0	41
9. Abitibi-Témiscamingue	56	25	31	1.9	56	25	31	0	0	0
10. Côte Nord — Nouveau-Québec	144	45	99	6.2	99	45	54	45	0	45
Total Québec	2,525	930	1,595	100.0	1,096	522	574	1,429	408	1,021
% horizontal	100				43%			57%		
% horizontal		100				56%			44%	
% horizontal			100				36%			64%

Source : Données contenues dans l'annexe 15 de notre rapport.

¹ Comprend tous lits autres que pour traitements de maladies aiguës : pour maladies psychiatriques, chroniques, etc.

DIAGRAMME III.5

Augmentation en pourcentage de la capacité totale en lits hospitaliers par régions économiques, au Québec, de 1966 à 1969.



Source : Données contenues dans l'annexe 15 de notre rapport.

TABLEAU III.13.2

Évolution du taux de lits pour 1,000 habitants, par catégories de lits et par régions économiques, pour tous hôpitaux, au Québec, de 1966 à 1969.

		<i>Total</i>	<i>Berceaux</i>	<i>Traitement aigu</i>	<i>Lits de psychiatrie</i>	<i>Lits de tuberculeux</i>	<i>Lits chroniques et convalescents</i>
1. Gaspésie	1966	7.532	0.840	4.809	1.412	0.526	0.783
	1969	8.478	0.953	5.435	1.472	0.532	1.036
2. Saguenay	1966	10.986	0.941	6.179	3.171	0.508	1.128
	1969	10.959	0.933	6.126	3.211	0.504	1.119
3. Québec	1966	17.876	0.746	5.742	10.356	0.331	1.445
	1969	17.361	0.727	5.372	10.014	0.316	1.662
4. Trois-Rivières	1966	6.061	0.824	5.029	0.269	0.332	0.430
	1969	6.328	0.831	5.070	0.325	0.334	0.599
5. Cantons de l'Est	1966	9.045	0.858	3.990	4.062	0.136	0.856
	1969	9.933	0.806	5.006	4.026	0.133	1.115
6. Montréal Nord et Sud	1966	6.644	0.392	2.253	2.997	0.256	1.138
	1969	6.420	0.372	2.114	2.814	0.250	1.253
7. Montréal métropolitain	1966	11.676	0.659	5.733	4.082	0.198	1.663
	1969	11.052	0.616	5.364	3.850	0.148	1.689
8. Outaouais	1966	4.363	0.801	3.431	0.081	—	0.851
	1969	4.224	0.736	3.122	0.078	—	1.023
9. Abitibi	1966	5.943	0.886	4.668	—	0.417	0.857
	1969	6.119	0.886	4.845	—	0.417	0.857
10. Côte Nord	1966	7.428	1.727	7.316	—	—	0.111
	1969	7.475	1.450	7.016	0.233	—	0.225
Province	1966	10.403	0.715	4.948	3.932	0.257	1.260
	1969	10.226	0.686	4.815	3.801	0.230	1.380

Source : Données contenues dans l'annexe 15 de notre rapport.

457. En terminant, la Commission ne peut ignorer les travaux d'immobilisations en cours ¹ et dont la valeur dépassera quatre cent soixante-dix millions de dollars (\$ 470,000,000).

458. Bien qu'on n'ait pas encore précisé l'affectation spécifique de tous les projets, les données disponibles révèlent des investissements orientés surtout vers l'accroissement du nombre de lits et l'amélioration ou la création de services spécialisés et ultraspécialisés. Cet accroissement vise les lits pour cas généraux ou pour traitement actif plus que les lits pour cas spécialisés et favorise trois régions, celles de Montréal, de Québec et des Cantons de l'Est ². On indique qu'environ 5,800 lits nouveaux seront situés dans des établissements pour traitement actif; on suppose donc qu'ils seront en grande partie des lits pour traitement actif.

459. Quant à la répartition régionale de l'équipement pour traitement actif, on ajoute dans la région des Cantons de l'Est 722 lits, portant sa capacité pour cette catégorie de lits à 3,028 lits et sa capacité globale à au-delà de 6,177 lits. Les investissements, d'une valeur de soixante-cinq millions de dollars, prévus pour la région de Québec accroîtront la capacité en lits pour traitement actif d'au moins 626 lits, portant celle-ci à 4,573 lits et la capacité globale à 13,926 lits. Les immobilisations dans la région de Montréal dépasseront trois cents millions et accroîtront la capacité hospitalière de plus de 4,500 lits portant celle-ci à 33,089 lits : à partir de ces données, on prévoit qu'environ 70 pour cent des nouveaux lits seront des lits pour traitement actif. On doit retenir que cet accroissement considérable, tant en valeur qu'en volume, dans ces trois régions, se greffera sur une capacité actuelle déjà nettement plus favorable que celle dont disposent les régions excentriques. Même si toutes les régions, à l'exception de l'Outaouais, se voient doter de nouvelles installations, cette concentration de plus de 77 pour cent des lits nouveaux et de 84 pour cent de la valeur totale de ces investissements dans les trois régions mentionnées ci-dessus, indique que la part faite aux régions excentriques est faible et peu susceptible de redresser les carences observées.

460. Si on admet que les grands objectifs sont la prévention de la maladie et l'amélioration de l'état de santé, l'identification et le traitement précoce de la maladie, et la possibilité sur le plan local d'exercer ces fonctions, il est évident que, d'une part, le type de ressources créées par ces investissements et, d'autre part, cette forte con-

¹ Au 15 janvier 1970.

² Voir l'annexe 15 de notre rapport.

centration de l'équipement dans les régions de Montréal, de Québec et des Cantons de l'Est ne favorisent guère la poursuite de ces objectifs.

461. Afin de voir jusqu'à quel point, malgré l'absence de liens fonctionnels entre les établissements, ceux-ci tiennent compte des autres établissements et services dans l'élaboration de leurs projets d'immobilisations, nous avons demandé aux hôpitaux de nous transmettre les projets qu'ils considèrent urgent de réaliser avant 1971.

462. Les réponses obtenues d'environ 90 pour cent des hôpitaux publics du Québec révèlent une situation qui tient de la plus haute fantaisie¹. En effet, les hôpitaux existants auraient un besoin urgent de 5,864 lits additionnels (tableau III.13.3) et une proportion de 48 pour cent des lits à ajouter avant 1971 seraient des lits pour cas généraux. Ces projets visent également à doter les établissements d'une centaine de services additionnels². Selon les estimations très préliminaires fournies par les hôpitaux, le coût des travaux de construction et de rénovation demandés s'élèverait à un total de 280 millions de dollars, dont 228 millions en constructions nouvelles. Ce montant doit être rapproché d'un montant annuel variant entre 40 et 55 millions de dollars que représentent, dans le secteur hospitalier, les projets approuvés par le ministère de la Santé au cours des dernières années.

463. L'enquête que la Commission a faite auprès des hôpitaux s'est effectuée au cours de l'année 1968. Le rythme actuel selon lequel les nouveaux travaux et les autorisations gouvernementales surgissent dans le domaine de la construction hospitalière laisse supposer que le ministère de la Santé est très sensible à l'estimation des besoins et aux projets élaborés par les hôpitaux. Cette situation ne manquera pas d'affecter la situation financière déjà chancelante de ces derniers.

¹ Ces réponses furent obtenues au moyen d'une enquête effectuée auprès des hôpitaux par la voie d'un questionnaire.

² Voir l'annexe 15 de notre rapport.

TABLEAU III.13.3

Répartition des projets de construction et de rénovation considérés comme urgents par les hôpitaux publics, par catégories de lits et par régions économiques, au Québec, au 31 décembre 1967.

		Nombre de lits additionnels			Total	\$000,000 Estimation des coûts	
		Généraux	Psychiatriques	Chroniques		Construction	Rénovation
1. Gaspésie	N	250	—	29	279	7.5	1.2
	%						
2. Saguenay	N	50	34	15	99	1.8	1.3
	%						
3. Québec	N	198	-214	789	773	35.0	9.5
	%						
4. Trois-Rivières	N	168	20	—	188	3.8	1.0
	%						
5. Cantons de l'Est	N	—	110	4	114	8.2	3.3
	%						
6.-7. Montréal	N	1,456	150	1,918	3,524	149.2	33.2
	%						
8. Outaouais	N	110	—	61	171	0.8	1.5
	%						
9. Abitibi	N	552	18	61	631	14.9	1.4
	%						
10. Côte Nord	N	35	25	25	85	—	0.2
	%						
<i>Total</i>	N	2,819	143	2,902	5,864	\$221.2	\$52.6
	%	100	100	100		100	100

Source : Données tirées de l'annexe 9 de notre rapport : « La situation financière des hôpitaux du Québec au 31 décembre 1967, » préparée par Nicole Martin, Charles Chamard, Claude E. Forget et André Moisan.

d) La situation financière des hôpitaux

464. Les rythmes d'évolution de la demande de soins et des coûts hospitaliers se répercutent sur la situation financière des hôpitaux. D'après les états financiers au 31 décembre 1967, la dette totale des hôpitaux du Québec atteint 344 millions de dollars, soit environ \$6,400 par lit. De ce montant, 236.7 millions constituent la dette à long terme de 157 hôpitaux ayant contracté des engagements¹.

465. Les dettes à court terme comprennent des emprunts bancaires (découverts de banque), comptes à payer et autres dettes, qui s'élèvent à \$107 millions; 215 hôpitaux déclarent des dettes à court terme ainsi réparties : comptes à payer \$48.2 millions ou 45.5 pour cent, emprunts bancaires 18.2 pour cent et autres dettes 36.3 pour cent.

466. Dans la catégorie des hôpitaux généraux seulement, la valeur médiane des emprunts bancaires (ou découverts de banque) est de \$374,250 dans les hôpitaux de 300-500 lits ayant déclaré des dettes, et de 1.2 million de dollars dans ceux de 500 lits et plus².

467. La valeur médiane des comptes à payer s'élève à \$657,000 dans les hôpitaux de 500 lits et plus³.

468. Pour l'année 1967, le déficit est de 9.3 pour cent des dépenses réelles dans 28.5 pour cent des hôpitaux; et dans 7.5 pour cent d'entre eux, il atteint 13.5 pour cent.

469. Enfin, le déficit accumulé, ou solde net du fonds d'administration générale, dépasse 91 millions de dollars pour les 250 hôpitaux qui ont répondu au questionnaire. À ce titre, les hôpitaux du Québec se distinguent de ceux des autres provinces. En 1966, pour les hôpitaux généraux seulement, le déficit accumulé est de \$68.9 millions au Québec, de \$13.4 millions pour l'ensemble des provinces maritimes et Terre-Neuve, tandis que l'Ontario et les provinces de l'Ouest affichent un surplus total de 17.5 millions⁴. Il est difficile d'entrevoir comment corriger cette situation à court terme et, tant qu'elle durera, elle imposera au régime de la santé un fardeau financier supplémentaire très considérable.

¹ Voir l'annexe 9 de notre rapport.

² Les emprunts bancaires (ou découverts de banque) représentent, pour 20 pour cent des hôpitaux qui en ont contracté, au-delà de 50 pour cent du total du passif exigible à court terme.

³ Les comptes à payer atteignent, pour la moitié des hôpitaux généraux qui en ont, le montant de l'actif réalisable à court terme et, pour 20 pour cent d'entre eux, ils représentent le double de l'actif réalisable à court terme, et parfois davantage.

⁴ À l'exclusion du Québec, donc, le surplus accumulé par les hôpitaux canadiens totalise 4.1 millions de dollars. En incluant le Québec, le surplus se transforme en un déficit total de \$65.1 millions.

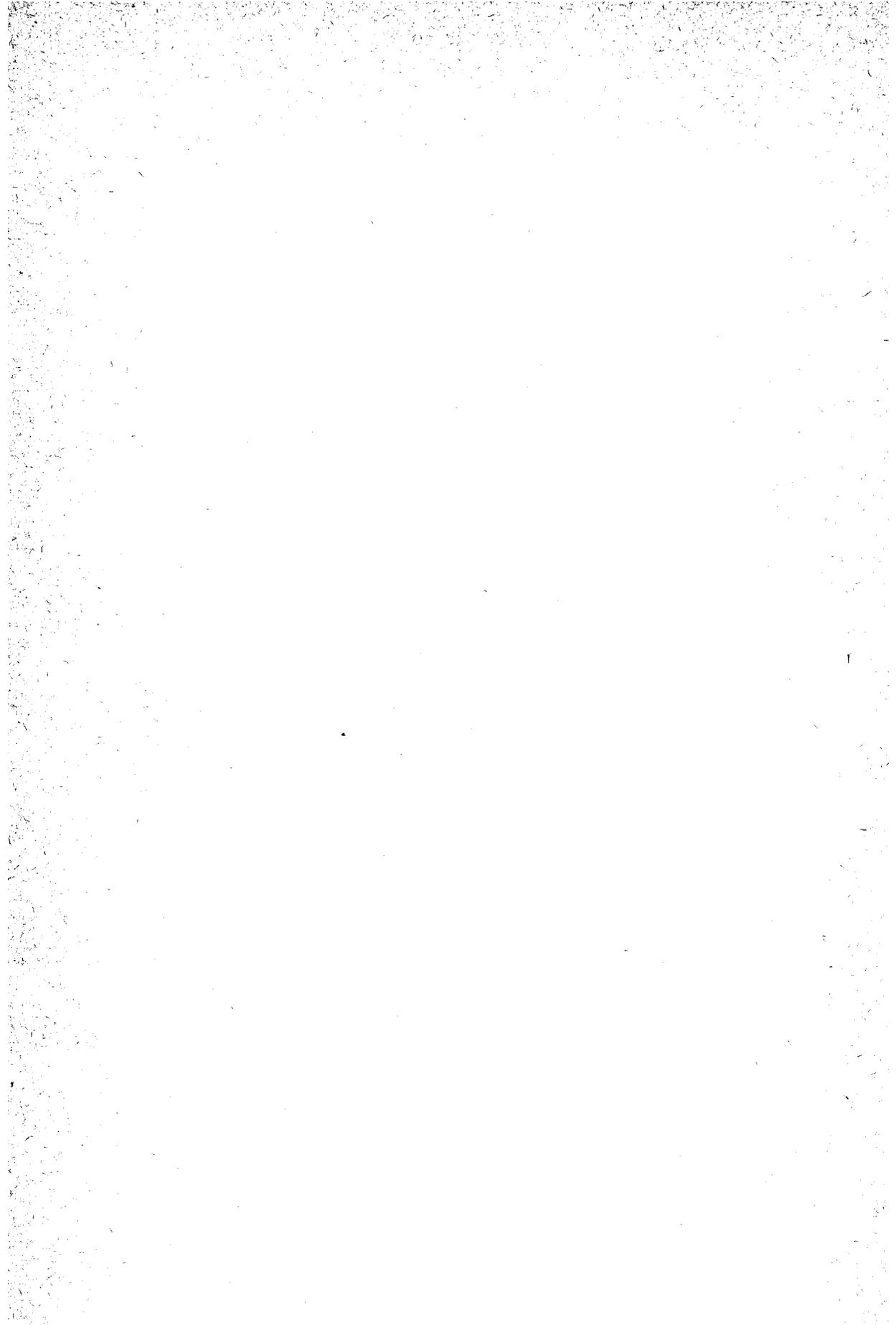
CONCLUSION

470. L'analyse de la situation actuelle du régime de la santé souligne l'absence d'un système intégré de distribution des soins. Faute de véritable politique fondée sur des objectifs précis, qui orientent le développement d'un régime global de la santé, il est normal que plusieurs systèmes parallèles soient apparus, isolés les uns des autres et comblant chacun une partie des besoins de la population. Il est normal également que chacune des composantes du régime ne se préoccupe pas de concilier et d'intégrer ses objectifs et ceux de l'ensemble du régime : ce dernier ne constitue, somme toute, qu'une addition des intérêts et des objectifs individuels des établissements qui le composent. L'absence d'une politique de la santé cohérente et d'un plan directeur, qui servent de guides lors des décisions en matière de développement et d'investissement, constitue de toute évidence la lacune fondamentale du présent régime de la santé au Québec.

471. On ne peut qu'imputer en bonne partie au ministère de la Santé la responsabilité d'une telle situation. Ne lui appartient-il pas de définir et d'appliquer une politique globale et cohérente de la santé du Québec ? Non seulement le ministère n'a pas défini une telle politique, mais encore il a lui-même favorisé le cloisonnement entre les secteurs, le morcellement des soins et l'absence de dialogue entre les responsables des diverses composantes du régime.

472. De plus, dans l'exercice de sa fonction de contrôle des hôpitaux, le ministère a institué des règles rigides et très détaillées qui privent les administrateurs d'établissements de toute possibilité d'initiative et d'innovation. Par ailleurs, dans l'exercice de ses propres responsabilités, il a fait preuve d'un manque de dynamisme évident : absence de planification, de recherche, d'expérimentation et d'évaluation.

473. La Commission propose, dans les prochains chapitres, une politique de la santé d'où découle un régime de la santé aux exigences précises, tant au point de vue de son organisation que de son financement. Le régime proposé s'efforce d'atteindre des objectifs définis et met en place des mécanismes d'évaluation des résultats à la fois qualitatifs et quantitatifs. Une fois mis en place, ce régime pourra s'adapter de façon continue aux changements, selon les besoins de la population.



Appendice III.1

Évolution des coûts des services de santé au Québec et au Canada, de 1954 à 1969

Évolution des coûts des services de santé au Québec et au Canada de 1954 à 1969

1. La série de tableaux III.1.1 à III.1.9 inclusivement a trait à l'évolution de l'ensemble des dépenses des gouvernements provinciaux du Québec et de l'Ontario. On y compare les dépenses brutes dans les secteurs de la santé, de l'éducation et du bien-être, ainsi que la structure des dépenses de la santé, par grandes catégories. Les catégories sont celles qui sont retenues par le Bureau fédéral de la statistique pour la présentation sur une base comparable des statistiques financières par niveaux de gouvernements. Les dépenses pour les soins hospitaliers, par exemple, comprennent toutes dépenses pour les hôpitaux, y compris les subventions de construction et autres.

2. Les tableaux III.1.10 à III.1.20 concernent l'évolution des frais hospitaliers, composante principale des dépenses publiques de la santé. Du point de vue de la comptabilité des dépenses, deux grandes catégories d'établissements hospitaliers : d'une part, tous ceux qui relèvent de la Direction générale de l'assurance-hospitalisation (série III.1.10 à III.1.13); et, d'autre part, tous ceux qui relèvent de la Direction générale des services psychiatriques (série III.1.14 — III.1.15).

3. Pour ses fins comptables, la Direction générale de l'assurance-hospitalisation répartit les hôpitaux en quatre catégories : (1°) les hôpitaux publics généraux ou pour malades chroniques et convalescents; (2°) les hôpitaux privés généraux ou pour malades chroniques et convalescents; (3°) les hôpitaux de propriété fédérale; et (4°) certains établissements hors de la province.

4. Les tableaux III.1.10 à III.1.12 présentent l'évolution des déboursés de l'assurance-hospitalisation, d'une part, et les frais d'exploitation des hôpitaux publics relevant de la Direction générale de l'assurance-hospitalisation, d'autre part. On y trouve également le nombre de journées d'hospitalisation, les coûts par habitant et les prix de journée. Le tableau III.1.13 met en relief la proportion des frais totaux d'exploitation des hôpitaux publics assumée par le gouvernement, pour une année donnée.

5. La série III.1.14 et III.1.15 concerne les établissements qui relèvent de la Direction générale des services psychiatriques. Le tableau III.1.14 présente l'évolution des frais de gestion, du nombre de journées d'hospitalisation et du prix de journée. Au tableau III.1.15, on compare l'évolution des prix de journée au Québec et au Canada.

6. La série III.1.16 à III.1.20 révèle l'évolution comparée du nombre d'heures rémunérées et du coût moyen de l'heure rémunérée par journée d'hospitalisation dans les principaux services de l'hôpital public : services des soins infirmiers; services spéciaux, tels laboratoires, radiologie, pharmacie; services supplémentaires, tels archives et bibliothèque, et enseignement; services généraux, tels administration, buanderie, alimentation, etc. On y présente une comparaison entre les provinces de l'Ontario, du Manitoba et du Québec. Pour une comparaison détaillée des composantes des coûts moyens dans les principaux services hospitaliers, on peut se référer à l'annexe 1 de notre rapport.

TABLEAU III.1.1

Taux annuel d'augmentation des dépenses générales brutes
des gouvernements du Québec et de l'Ontario
1954-1967

	Québec		Ontario	
	Montant \$000	Augmentation %	Montant \$000	Augmentation %
1954	384,957		465,317	
1955	439,655	14.2	533,956	14.8
1956	475,474	8.1	601,494	12.6
1957	539,987	13.6	720,977	19.9
1958	587,245	8.8	827,175	14.7
1959	669,321	14.0	1,072,038	29.6
1960	832,077	24.3	1,129,076	5.3
1961	1,028,458	23.6	1,251,285	10.8
1962	1,182,605	15.0	1,522,809	21.7
1963	1,351,283	14.3	1,560,919	2.5
1964	1,743,724	29.0	1,680,709	7.7
1965	2,006,064	15.0	1,959,027	16.6
1966	2,290,541	14.2	2,405,588	22.8
1967 *	2,605,508	13.8	3,054,546	27.0

Source : D. B. S. : *Provincial Government Finance, Revenue and Expenditure, op. cit.*,
cat. 68-207. Rapports annuels.

* Les estimations pour 1967 ont été effectuées par Mlle M. L. Wilson, chef de la
section des finances des provinces au Bureau fédéral de la statistique.

TABLEAU III.1.2

**Dépenses générales brutes des gouvernements du Québec et de l'Ontario,
en pourcentage du revenu personnel total — 1954-1967**

	Québec			Ontario		
	Dépenses brutes \$000	Revenu personnel \$000,000	%	Dépenses brutes \$000	Revenu personnel \$000,000	%
1954	384,957	4,647	8.3	465,317	7,397	6.3
1955	439,655	4,847	9.1	533,956	7,918	6.7
1956	475,474	5,318	8.9	601,494	8,617	7.0
1957	539,987	5,742	9.4	720,977	9,399	7.7
1958	587,245	6,071	9.7	827,175	9,978	8.3
1959	669,321	6,353	10.5	1,072,038	10,566	10.1
1960	832,077	6,736	12.4	1,129,076	11,023	10.2
1961	1,028,458	7,272	14.1	1,251,285	11,490	10.9
1962	1,182,605	7,803	15.2	1,522,809	12,252	12.4
1963	1,351,283	8,254	16.4	1,560,919	13,099	11.9
1964	1,743,724	8,980	19.4	1,680,709	14,057	12.0
1965	2,006,064	9,979	20.1	1,959,027	15,444	12.7
1966	2,290,541	10,945	20.9	2,405,588	16,986	14.2
1967	2,605,508	12,141	21.5	3,054,546	18,758	16.3

Sources : D. B. S. : *Provincial Government Finance, Revenue and Expenditure*, op. cit., cat. 68-207. Rapports annuels.

D. B. S. : *National Accounts, Income and Expenditure*, Queen's Printer, Ottawa, cat. 13-201. Rapports annuels.

TABLEAU III.1.3

Dépenses générales brutes par habitant, des gouvernements du Québec et de l'Ontario, en pourcentage du revenu personnel par habitant, 1954-1967

	Québec			Ontario		
	Dépenses brutes \$	Revenu personnel \$	%	Dépenses brutes \$	Revenu personnel \$	%
1954	87.73	1,059	8.3	92.22	1,466	6.3
1955	97.33	1,073	9.1	101.40	1,504	6.7
1956	102.74	1,149	8.9	111.28	1,594	7.0
1957	113.49	1,207	9.4	128.24	1,672	7.7
1958	120.24	1,243	9.7	142.54	1,719	8.3
1959	133.22	1,265	10.5	179.60	1,770	10.1
1960	162.39	1,315	12.3	184.76	1,804	10.2
1961	195.56	1,383	14.1	200.66	1,843	10.9
1962	220.18	1,453	15.2	239.77	1,929	12.4
1963	241.07	1,506	16.0	240.85	2,021	11.9
1964	312.27	1,608	19.4	253.46	2,120	12.0
1965	352.87	1,755	20.1	288.60	2,275	12.7
1966	396.22	1,893	20.9	345.58	2,440	14.2
1967	444.02	2,069	21.5	427.27	2,624	16.3

Sources : D. B. S. : *Provincial Government Finance, Revenue and Expenditure, op. cit.*, cat. 68-207. Rapports annuels.

D. B. S. : *National Accounts, Income and Expenditure*, Queen's Printer, Ottawa, cat. 13-201. Rapports annuels.

TABLEAU III.1.4

Évolution comparée des dépenses générales brutes et du revenu personnel
au Québec et en Ontario, en 1954 et 1967

	Québec			Ontario		
	1954	1967 *	Augmen- tation %	1954	1967	Augmen- tation %
Revenu personnel par habitant	\$1,059	\$2,069	95.4	\$1,466	\$2,624	79.0
Dépenses générales brutes des gouvernements par habitant	\$87.73	\$444.02	406.1	\$92.22	\$427.27	363.3
Dépenses des gouvernements/revenu personnel par habitant	8.3%	21.5%		6.3%	16.3%	

Sources : D. B. S. : *Provincial Government Finance, Revenue and Expenditure, op. cit.*, cat. 68-207. Rapports annuels.

D. B. S. : *National Accounts, Income and Expenditure*, Queen's Printer, Ottawa, cat. 13-201. Rapports annuels.

* Les estimations pour 1967 ont été effectuées par Mlle M. L. Wilson, chef de la section des finances des provinces au Bureau fédéral de la statistique.

TABLEAU III.1.5

**Dépenses brutes par habitant, des ministères de la Santé, de l'Éducation
et du Bien-être, au Québec, de 1954 à 1967**

Année	Santé		Édu- cation		Bien- Être		Total		Total Dépen- ses brutes	
	\$	%	\$	%	\$	%	\$	%	\$	%
1954	14.42	16.4 33.6	16.54	38.5	11.98	27.9	\$42.94 100.0%	48.9	87.73	
1955	14.33	14.7 30.9	18.5	39.1	13.96	30.1	46.44 100.0%	47.7	97.33	
1956	14.24	13.9 29.4	19.70	40.7	14.45	29.9	48.39 100.0%	47.1	102.74	
1957	15.89	14.0 27.2	24.05	41.2	18.42	31.6	58.36 100.0%	51.4	113.49	
1958	17.54	14.6 27.7	20.86	32.9	24.99	39.4	63.39 100.0%	52.7	120.24	
1959	20.44	15.3 29.1	27.59	39.4	22.08	31.5	70.11 100.0%	60.0	133.22	
1960	25.34	15.6 28.0	35.96	39.8	29.11	32.2	90.41 100.0%	55.7	162.39	
1961	43.72	22.4 34.1	51.50	40.2	33.00	25.7	128.22 100.0%	65.6	195.56	
1962	51.13	23.2 36.3	55.27	39.3	34.36	24.4	140.76 100.0%	63.9	220.18	
1963	56.39	23.4 35.9	65.18	41.5	35.46	22.6	157.03 100.0%	65.1	241.07	
1964	64.32	20.6 34.5	84.47	45.3	37.72	20.2	186.51 100.0%	59.7	312.27	
1965	75.52	21.4 35.8	89.26	42.3	46.37	21.9	211.15 100.0%	59.8	352.87	
1966	90.53	22.9 37.6	102.29	25.8 42.5	47.47	12.0 19.7	240.49 100.0%	60.7	396.22	
1967	103.23	23.2 35.6	132.98	30.0 45.9	53.52	12.1 18.5	289.73 100.0%	65.3	444.02	

Source : D. B. S. : *Provincial Government Finance, Revenue and Expenditure, op. cit.*,
cat. 68-207. Rapports annuels.

TABLEAU III.1.6

Dépenses brutes par habitant, des ministères de la Santé, de l'Éducation et du Bien-être, en Ontario de 1954 à 1967

Année	Santé		Édu- cation		Bien- Être		Total		Total Dépenses Brutes \$
	\$	%	\$	%	\$	%	\$	%	
1954	15.10	16.4 37.3	19.16	47.3	6.24	15.4	40.50 100.0%	43.9	92.22
1955	15.80	15.6 37.4	20.00	47.4	6.43	15.2	42.23 100.0%	41.6	101.40
1956	16.32	14.7 37.0	21.08	47.8	6.69	15.2	44.09 100.0%	39.6	111.28
1957	16.57	12.9 31.6	27.48	52.4	8.37	16.0	52.42 100.0%	40.9	128.24
1958	18.73	13.1 30.0	33.01	52.8	10.76	17.2	62.50 100.0%	43.8	142.54
1959	43.93	24.5 48.0	36.33	39.6	11.35	12.4	91.61 100.0%	51.0	179.60
1960	49.39	26.7 49.0	38.94	38.7	12.40	12.3	100.73 100.0%	54.5	184.76
1961	55.72	27.8 48.6	45.27	39.5	13.59	11.9	114.58 100.0%	57.1	200.66
1962	59.87	25.0 39.6	76.81	50.8	14.47	9.6	151.14 100.0%	63.0	239.77
1963	67.88	28.2 40.0	72.03	49.3	15.72	10.7	155.63 100.0%	64.6	240.85
1964	67.66	26.7 43.9	69.14	44.8	17.38	11.3	154.18 100.0%	60.8	253.46
1965	73.88	25.6 41.5	83.18	46.7	21.12	11.8	178.18 100.0%	61.7	288.60
1966	85.79	24.8 39.4	109.50	31.7 50.3	22.50	6.5 10.3	217.79 100.0%	63.0	345.58
1967	97.58	22.8 37.9	130.09	30.4 50.5	29.79	7.0 11.6	257.46 100.0%	60.3	427.27

Source : D. B. S. : *Provincial Government Finance, Revenue and Expenditure, op. cit.*, cat. 68-207. Rapports annuels.

TABLEAU III.1.7

**Répartition des dépenses brutes pour la santé par catégorie et par habitant,
gouvernement du Québec, de 1954 à 1967**

<i>Année</i>	<i>Dépenses générales \$</i>	<i>Hygiène \$</i>	<i>Soins médi- caux, den- taires et services connexes \$</i>	<i>Soins hospita- liers \$</i>	<i>Total \$</i>	<i>Soins hospita- liers en % du total</i>
1954	0.38	2.36	0.25	11.43	14.42	79.3%
1955	0.39	2.41	0.25	11.28	14.33	78.7
1956	0.40	2.33	0.30	11.21	14.24	78.7
1957	0.44	2.45	0.32	12.68	15.89	79.8
1958	0.46	2.89	0.33	13.86	17.54	79.0
1959	0.49	3.11	0.39	16.45	20.44	80.5
1960	0.65	3.56	0.29	20.84	25.34	82.2
1961	0.63	3.41	0.23	39.45	43.72	90.2
1962	0.56	3.53	0.44	46.60	51.13	91.1
1963	1.03	5.74	0.66	48.96	56.39	86.8
1964	0.44	2.93	0.54	60.41	64.32	93.9
1965	0.37	2.82	0.47	71.86	75.52	95.2
1966	0.38	4.05	2.75	84.90	90.53	93.8
1967	8.15	N.D.	N.D.	95.08	103.23	92.1

Légende : N.D. = non disponible.

Source : D. B. S. : *Provincial Government Finance, Revenue and Expenditure, op. cit.*,
cat. 68-207. Rapports annuels.

TABLEAU III.1.8

Répartition des dépenses brutes pour la santé par catégorie et par habitant,
gouvernement de l'Ontario, de 1954 à 1967

Année	Dépenses générales \$	Hygiène \$	Soins médi- caux, den- taires et services connexes \$	Soins hospita- liers \$	Total \$	Soins hospita- liers en % du total
1954	0.37	1.95	0.35	12.43	\$15.10	82.3%
1955	0.34	2.11	0.35	13.00	15.80	82.3
1956	0.35	1.97	0.38	13.62	16.32	83.5
1957	0.37	1.96	0.35	13.89	16.57	83.8
1958	0.41	2.30	0.38	15.64	18.73	83.5
1959	0.50	2.38	0.42	40.63	43.93	92.5
1960	0.66	2.21	0.46	46.06	49.39	93.3
1961	0.66	2.36	0.46	52.24	55.72	93.8
1962	0.74	2.24	0.44	56.45	59.87	94.3
1963	0.91	3.32	0.52	63.13	67.88	93.0
1964	0.82	3.44	0.48	62.92	67.66	92.3
1965	1.17	3.35	0.72	68.64	73.88	92.9
1966	1.43	4.28	3.49	76.60	85.79	89.3
1967	1.06	4.69	4.42	87.41	97.58	89.6

Source : D. B. S. : *Provincial Government Finance, Revenue and Expenditure, op. cit.*,
cat. 68-207. Rapports annuels.

TABLEAU III.1.9

Dépenses brutes des gouvernements du Québec et de l'Ontario pour les soins hospitaliers. Total et par habitant, de 1954 à 1967

Année	Québec			Ontario		
	Dépenses pour soins hospitaliers \$000	Popula-tion 000	Dépenses par habitant \$	Dépenses pour soins hospitaliers \$000	Popula-tion 000	Dépenses par habitant \$
1954	50,154	4,388	11.43	62,753	5,046	12.44
1955	50,931	4,517	11.28	68,465	5,266	13.00
1956	51,898	4,628	11.21	73,630	5,405	13.62
1957	60,311	4,758	12.68	78,064	5,622	13.89
1958	67,703	4,884	13.86	90,783	5,803	15.64
1959	82,621	5,024	16.45	242,492	5,969	40.63
1960	106,802	5,124	20.84	281,522	6,111	46.07
1961	207,476	5,259	39.45	325,747	6,236	52.24
1962	250,295	5,371	46.60	358,489	6,351	56.45
1963	268,372	5,481	48.96	352,492	6,481	54.39
1964	337,294	5,584	60.40	417,215	6,631	62.92
1965	408,544	5,685	71.86	465,971	6,788	68.65
1966	490,823	5,781	84.90	533,188	6,961	76.60
1967 *	557,942	5,868	95.08	624,906	7,149	87.41

Source : D. B. S. : *Provincial Government Finance, Revenue and Expenditure, op. cit.*, cat. 68-207. Rapports annuels.

* Les estimations pour 1967 ont été effectuées par Mlle M. L. Wilson, chef de la section des finances des provinces au Bureau fédéral de la statistique.

TABLEAU III.1.10

Coût net de l'hospitalisation des malades au titre de l'assurance-hospitalisation. Tous les hôpitaux du Québec sous contrat avec le service de l'assurance-hospitalisation *

	<i>Total \$000</i>	<i>Par habitant \$</i>	<i>Taux annuel d'augmentation %</i>
1961	141.1	26.99	—
1962	171.1	32.00	18.6
1963	204.0	37.43	16.9
1964	236.7	42.67	14.0
1965	282.3	50.06	17.3
1966	381.0	57.07	14.0
1967	—	67.43	18.2

Sources : Rapports annuels du ministre de la Santé nationale et du Bien-être social sur l'application des accords avec les provinces au titre de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques, Ottawa, et Rapports annuels du ministère de la Santé, L'éditeur officiel du Québec.

* Les hôpitaux sous contrat avec l'assurance-hospitalisation incluent tous les hôpitaux publics : généraux, pour chroniques et convalescents. Ces hôpitaux sont soumis à l'examen du budget aux fins de l'assurance-hospitalisation. Ils comprennent en outre les hôpitaux privés : généraux, pour chroniques et convalescents, qui reçoivent un prix de journée forfaitaire; les hôpitaux fédéraux, et quelques hôpitaux hors de la province.

TABLEAU III.1.11

Journées d'hospitalisation dans tous les hôpitaux sous contrat avec le service de l'assurance-hospitalisation, au Québec, de 1961 à 1967

	<i>Hôpitaux publics * 000</i>	<i>Hôpitaux privés, fédéraux ou hors de la province 000</i>	<i>Total sous contrat 000</i>
1961	8,038.0	N.D.	N.D.
1962	8,295.5	N.D.	N.D.
1963	8,570.7	1,514.1	10,084.8
1964	8,828.7	1,553.8	10,382.5
1965	9,160.8	1,620.6	10,781.5
1966	9,179.5	1,583.5	10,763.0
1967	9,409.0	1,447.0	10,857.0

Légende : N.D. = non disponible.

Sources : Rapports annuels du ministre de la Santé nationale et du Bien-être social sur l'application des accords avec les provinces au titre de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques, Ottawa, et Rapports annuels du ministère de la Santé, L'éditeur officiel du Québec.

* Les hôpitaux sous contrat avec l'assurance-hospitalisation incluent tous les hôpitaux publics : généraux, pour chroniques et convalescents. Ces hôpitaux sont soumis à l'examen du budget aux fins de l'assurance-hospitalisation. Ils comprennent en outre les hôpitaux privés : généraux, pour chroniques et convalescents, qui reçoivent un prix de journée forfaitaire; les hôpitaux fédéraux, et quelques hôpitaux hors de la province.

TABLEAU III.1.12

**Frais (bruts) d'exploitation des hôpitaux publics sous contrat avec
l'assurance-hospitalisation, au Québec, de 1961 à 1968**

	<i>Frais d'exploitation</i>			
	<i>Total \$000,000</i>	<i>Par habitant \$</i>	<i>Journées d'hospitali- sation 000</i>	<i>Prix de journée \$</i>
1961	181.9	34.60	8,038.0	22.63
1962	212.2	39.50	8,295.5	25.58
1963	247.1	45.09	8,570.7	28.84
1964	285.3	51.09	8,828.7	32.32
1965	338.5	59.54	9,160.8	36.95
1966	401.3	69.43	9,179.5	44.00

Sources : Rapports annuels du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Imprimeur de la Reine, Ottawa, et Rapports annuels du ministère de la Santé, Éditeur du Québec, Québec.

	<i>Frais d'exploitation Total en \$000,000</i>	<i>Journées d'hospitalisation 000</i>	<i>Prix de journée \$</i>
1961	180.6	7,830.5	23.18
1962	206.7	8,654.9	25.16
1963	250.3	8,975.0	28.45
1964	285.4	8,841.1	32.39
1965	339.3	9,177.9	36.82
1966	402.1	9,134.0	47.96
1967	444.8	9,360.3	49.18
1968	493.4	9,719.0	50.77

Sources : B. F. S. : *La statistique hospitalière*, vol. VI, *Dépenses hospitalières*, op. cit., cat. 83-215. Rapports annuels.

B. F. S. : *La statistique hospitalière, rapport préliminaire*, op. cit., cat. 83-217. Rapports annuels.

TABLEAU III.1.13

Frais d'exploitation des hôpitaux, frais approuvés aux fins du régime d'assurance-hospitalisation, et dépenses nettes du ministère au titre de l'assurance-hospitalisation du Québec en 1967

	1	2	3
	Frais d'exploitation des hôpitaux En \$ millions	Frais approuvés aux fins du régime d'assurance-hospitalisation En \$ millions	Dépenses nettes du ministère au titre de l'assurance-hospitalisation En \$ millions
<i>Hôpitaux publics</i>			
Montant	444.0	365.4	404.4
% horizontal . . .	100.0	82.2	91.0
<i>Hôpitaux privés</i>			
sous contrat	N.D.	15.0	15.0
<i>Hôpitaux fédéraux</i> . .	N.D.	4.4	4.4
<i>Hôpitaux hors province</i>	—	6.4	6.4
Total	N.D.	391.2	430.2
Malades hospitalisés seulement		380.8	419.8

Légende : N.D. = non disponible.

Sources : Rapport annuel du ministère de la Santé, L'éditeur officiel du Québec.

Rapport annuel du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Imprimeur de la Reine, Ottawa.

B. F. S. : La statistique hospitalière, vol. VI, Dépenses hospitalières 1967, op. cit., cat. 83-215.

TABLEAU III.1.14

Journées d'hospitalisation et frais par journée d'hospitalisation dans les hôpitaux psychiatriques du Québec, de 1961 à 1967

	<i>Estimation des frais d'exploitation *</i> En \$ millions	<i>Journées d'hospitali- sation **</i> 000	<i>Frais d'explo- itation par journée d'hos- pitalisation ***</i> \$
1961	23.9	7,342.0	2.34
1962	29.4	7,425.7	3.90
1963	38.7	7,710.9	4.78
1964	46.0	8,013.3	5.87
1965	56.9	7,626.0	7.81
1966	70.1	7,589.9	9.95
1967	82.9	7,060.8	12.34

Source : B. F. S. : *La statistique de l'hygiène mentale, vol. III, Installations, services et finances des institutions, op. cit., cat. 83-205. Rapports annuels.*

* Estimation des frais d'exploitation par province.

** Données générales par province et par classe d'établissements 1961-67, tableau II.

*** Coût par province de l'hospitalisation dans les hôpitaux répondants, tableau 29.

TABLEAU III.1.15

Coût par journée d'hospitalisation dans les hôpitaux psychiatriques du Canada et du Québec, de 1961 à 1967

	<i>Canada Coût par journée d'hospita- lisation</i>	<i>Taux annuel d'augmen- tation %</i>	<i>Québec Coût par journée d'hospita- lisation</i>	<i>Taux annuel d'augmen- tation %</i>	<i>Québec/ Canada %</i>
1961	5.33	—	2.34	—	63.0
1962	5.67	6.4	3.90	16.7	69.0
1963	6.34	11.8	4.78	22.6	75.0
1964	7.13	12.5	5.87	22.8	82.0
1965	8.36	17.2	7.81	33.0	93.0
1966	10.08	20.6	9.95	27.4	92.0
1967	12.23	12.1	12.34	24.0	101.0

	1967	
Personnel pour 100 hospitalisés	Canada	73.7
	Québec	74.2

Source : B. F. S. : *La statistique de l'hygiène mentale, Installations, services et finances des institutions, op. cit., cat. 83-205. Rapports annuels.*

TABLEAU III.1.16

Heures rémunérées par journée d'hospitalisation dans les hôpitaux publics généraux, services généraux et spéciaux de soins infirmiers, au Canada, au Québec, en Ontario et au Manitoba, de 1961 à 1967

		1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967
Total — Services généraux et spéciaux de soins infirmiers	Canada	—	5.59	5.34	5.56	5.76	5.99	6.32
	Québec	—	5.45	5.16	5.65	5.95	6.33	6.73
	Ontario	—	5.95	5.82	5.93	6.06	6.24	6.46
	Manitoba	—	5.43	5.49	5.64	5.95	6.25	6.67
Unités de soins infirmiers	Canada	—	4.17	3.87	4.00	4.13	4.30	4.59
	Québec	—	4.29	3.82	4.08	4.26	4.49	4.79
	Ontario	—	4.25	4.09	4.15	4.24	4.39	4.60
	Manitoba	—	3.86	3.94	4.05	4.32	4.68	5.13
Salle d'opération	Canada	—	—	—	0.50	0.52	0.55	0.58
	Québec	—	—	—	0.54	0.57	0.62	0.66
	Ontario	—	—	—	0.50	0.52	0.53	0.55
	Manitoba	—	—	—	0.56	0.60	0.62	0.67
Service d'urgence	Canada	—	—	—	0.20	0.22	0.25	0.28
	Québec	—	—	—	0.23	0.25	0.30	0.35
	Ontario	—	—	—	0.21	0.23	0.26	0.28
	Manitoba	—	—	—	0.17	0.17	0.19	0.19
Service central de distribution	Canada	—	—	—	0.28	0.28	0.28	0.29
	Québec	—	—	—	0.23	0.24	0.24	0.26
	Ontario	—	—	—	0.31	0.30	0.31	0.31
	Manitoba	—	—	—	0.37	0.38	0.39	0.41

Source : Données inédites obtenues de la Direction de la recherche et de la statistique, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Ottawa.

TABLEAU III.1.17

Heures rémunérées par journée d'hospitalisation dans les hôpitaux publics généraux, autres services spéciaux, au Canada, au Québec, en Ontario et au Manitoba de 1961 à 1967

		1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967
Total — Autres services spéciaux	Canada	—	1.17	1.20	1.29	1.36	1.45	1.57
	Québec	—	1.54	1.61	1.73	1.87	2.03	2.17
	Ontario	—	1.11	1.15	1.27	1.32	1.41	1.52
	Manitoba	—	1.28	1.22	1.23	1.30	1.36	1.46
Pharmacie	Canada	—	—	—	0.11	0.11	0.12	0.12
	Québec	—	—	—	0.16	0.17	0.17	0.18
	Ontario	—	—	—	0.09	0.09	0.19	0.11
	Manitoba	—	—	—	0.09	0.09	0.10	0.10
Laboratoire	Canada	0.48	0.52	0.53	0.57	0.60	0.65	0.72
	Québec	0.58	0.64	0.66	0.71	0.78	0.85	0.93
	Ontario	0.46	0.50	0.52	0.55	0.59	0.63	0.71
	Manitoba	0.68	0.64	0.64	0.63	0.67	0.71	0.77
Radiologie	Canada	—	—	—	0.36	0.37	0.40	0.42
	Québec	—	—	—	0.44	0.47	0.50	0.55
	Ontario	—	—	—	0.35	0.36	0.39	0.40
	Manitoba	—	—	—	0.32	0.33	0.36	0.40
Physiothérapie	Canada	—	—	—	0.13	0.14	0.15	0.17
	Québec	—	—	—	0.14	0.15	0.16	0.18
	Ontario	—	—	—	0.12	0.14	0.15	0.17
	Manitoba	—	—	—	0.11	0.12	0.13	0.14

Source : Données inédites obtenues de la Direction de la recherche et de la statistique, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Ottawa.

TABLEAU III.1.18

Heures rémunérées par journée d'hospitalisation dans les hôpitaux publics généraux, services supplémentaires, au Canada, au Québec, en Ontario et au Manitoba, de 1961 à 1967

		1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967
Total — Services supplémentaires	Canada	—	2.05	2.52	2.54	2.53	2.60	2.56
	Québec	—	2.49	3.08	3.19	3.38	3.66	3.65
	Ontario	—	1.91	2.16	2.15	2.07	2.13	2.10
	Manitoba	—	2.91	3.08	2.70	2.70	2.76	2.84
Archives et bibliothèques médicales	Canada	—	—	—	0.21	0.22	0.23	0.24
	Québec	—	—	—	0.26	0.28	0.29	0.31
	Ontario	—	—	—	0.19	0.20	0.21	0.22
	Manitoba	—	—	—	0.16	0.17	0.18	0.20
Enseignement des sciences infirmières	Canada	—	—	2.48	2.44	2.40	2.47	2.46
	Québec	—	—	2.53	2.61	2.66	2.90	2.94
	Ontario	—	—	2.13	2.11	2.03	2.09	2.08
	Manitoba	—	—	2.87	2.62	2.59	2.63	2.72
Enseignement médical	Canada	—	—	—	0.48	0.59	0.64	0.68
	Québec	—	—	—	0.75	0.94	1.00	1.03
	Ontario	—	—	—	0.35	0.42	0.52	0.60
	Manitoba	—	—	—	0.58	0.60	0.63	0.73

Source : Données inédites obtenues de la Direction de la recherche et de la statistique, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Ottawa.

TABLEAU III.1.19

Heures rémunérées par journée d'hospitalisation dans les hôpitaux publics généraux, services généraux, au Canada, au Québec, en Ontario et au Manitoba, de 1961 à 1967

		1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967
Total — Services généraux	Canada	—	4.26	4.29	4.33	4.38	4.46	4.58
	Québec	—	4.53	4.73	4.82	4.97	5.10	5.30
	Ontario	—	4.36	4.35	4.33	4.34	4.38	4.45
	Manitoba	—	4.12	4.05	4.07	4.09	4.17	4.11
Administration générale	Canada	—	—	—	0.87	0.89	0.93	0.97
	Québec	—	—	—	1.10	1.16	1.22	1.25
	Ontario	—	—	—	0.85	0.86	0.89	0.93
	Manitoba	—	—	—	0.77	0.75	0.79	0.81
Alimentation	Canada	—	1.34	1.36	1.37	1.38	1.40	1.45
	Québec	—	1.27	1.32	1.35	1.39	1.42	1.50
	Ontario	—	1.43	1.43	1.43	1.43	1.44	1.45
	Manitoba	—	1.29	1.26	1.27	1.30	1.34	1.39
Blanchissage et entretien ménager	Canada	1.59	1.59	1.59	1.59	1.60	1.61	1.63
	Québec	1.63	1.61	1.67	1.70	1.73	1.74	1.80
	Ontario	1.62	1.63	1.63	1.60	1.60	1.62	1.62
	Manitoba	1.69	1.66	1.62	1.63	1.63	1.63	1.47
Fonctionnement et entretien de l'installation matérielle	Canada	—	—	—	0.50	0.51	0.52	0.54
	Québec	—	—	—	0.66	0.68	0.73	0.76
	Ontario	—	—	—	0.46	0.45	0.46	0.47
	Manitoba	—	—	—	0.39	0.40	0.41	0.44

Source : Données inédites obtenues de la Direction de la recherche et de la statistique, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Ottawa.

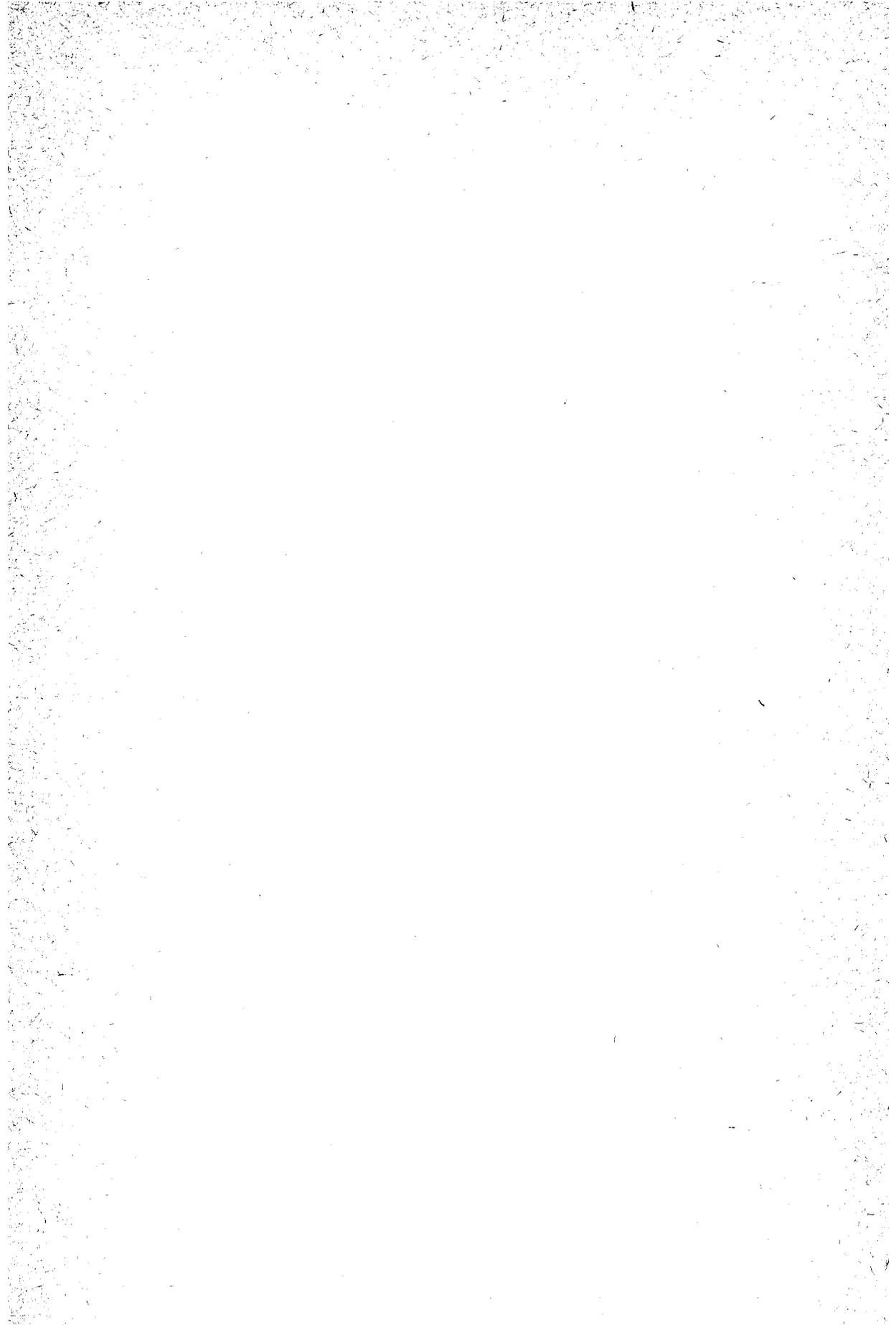
TABLEAU III.1.20

198

Coût moyen de l'heure de travail dans les services généraux de l'administration, de l'entretien ménager et de l'entretien matériel, dans les hôpitaux généraux du Canada, du Québec, de l'Ontario et du Manitoba, en 1964, 1965 et 1966

		1964	1965	1966
Alimentation générale	Canada	1.87	1.98	2.17
	Québec	1.96	2.14	2.48
	Ontario	1.85	1.95	2.08
	Manitoba	1.75	1.83	1.91
Entretien ménager	Canada	1.19	1.28	1.41
	Québec	1.27	1.46	1.68
	Ontario	1.19	1.27	1.37
	Manitoba	1.07	1.12	1.20
Fonctionnement et entretien de l'installation	Canada	1.90	2.02	2.19
	Québec	1.94	2.12	2.35
	Ontario	1.97	2.07	2.20
	Manitoba	1.90	1.94	2.06

Source : Données inédites obtenues de la Direction de la recherche et de la statistique, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Ottawa.



Index des tableaux

<i>Tableau</i>		<i>Page</i>
II.1	Classement des catégories de diagnostics en fonction du coût approximatif de certains soins personnels, Canada, vers 1961	43
II.2	Principales catégories de diagnostics et part de chacune dans l'ensemble des maladies et des services de soins, Canada, vers 1961	44
II.3	Concentration des substances polluantes atmosphériques à Montréal, décembre 1968	47
II.4	Évolution en pourcentage de la population urbaine, par rapport à la population totale, Québec et Ontario, 1901 à 1966	55
II.5	Évolution en pourcentage de la population urbaine, par rapport à la population totale et selon la taille des villes, Québec et Ontario, 1951, 1961, 1966	55
II.6	Espérance de vie à la naissance, par sexe, Canada et ses régions, 1931, 1941, 1951, 1956, 1961 et 1966	61
II.7.1	Maladie coronarienne — Taux et changements procentuels des décès par maladie coronarienne chez les hommes âgés de 35 à 44 ans, dans le Québec et l'Ontario, l'île de Montréal et le Toronto métropolitain, 1950-52, 1960-62 et 1966	64
II.7.2	Maladie coronarienne — Taux et changements procentuels des décès par maladie coronarienne chez les hommes de 45 à 54 ans, dans le Québec et l'Ontario, l'île de Montréal et le Toronto métropolitain, 1950-52, 1960-62 et 1966	65
II.7.3	Maladie coronarienne — Taux et changements procentuels des décès par maladie coronarienne chez les hommes de 55 à 64 ans, dans le Québec et l'Ontario, l'île de Montréal et le Toronto métropolitain, 1950-52, 1960-62 et 1966	66

<i>Tableau</i>	<i>Page</i>	
II.8	Espérance de vie à la naissance et à un an, du sexe masculin, pour différents pays, le Québec et l'Ontario, selon les plus récentes statistiques, selon les cas	67
II.9	Espérance de vie à quarante ans, par sexe, au Canada et par régions, 1931, 1941, 1951, 1956, 1961 et 1966	68
II.10	Cancer — Taux bruts et normalisés des décès dus au cancer, pour le sexe masculin, au Québec, en Ontario et au Canada, de 1950 à 1963	71
II.11	Cancer — Taux bruts et normalisés des décès dus au cancer, pour le sexe féminin, au Québec, en Ontario et au Canada, de 1950 à 1963	72
II.12	Morts accidentelles — Taux bruts et normalisés des morts accidentelles, au Québec, en Ontario et au Canada, de 1950 à 1964	74
II.13	Accidents de la circulation — Mortalité au Québec, en Ontario et au Canada, en 1965, 1966 et 1967	75
II.14	Accidents de la route, au Québec, en Ontario et au Canada, en 1966 et 1967	76
II.15	Mortalité infantile — Taux de mortalité infantile, au Québec, en Ontario et au Canada, de 1938 à 1967	77
II.16	Mortalité infantile — Taux de mortalité infantile pour certains pays, le Québec et l'Ontario, 1966	79
II.17.1	Mortalité infantile — Taux annuel moyen de mortalité infantile, île de Montréal, 1965-67	80
II.17.2	Mortalité infantile — Taux annuel moyen de mortalité infantile par quartier, dans la ville de Montréal, en 1965, 1966 et 1967	81

<i>Tableau</i>	<i>Page</i>
II.18 Tuberculose — Taux d'incidence annuelle des cas de tuberculose, au Québec, en Ontario et au Canada, en 1964, 1965, 1966 et 1967	82
II.19 Tuberculose — Incidence de la tuberculose, au Québec, par région économique, en 1967-1968	86
II.20 Tuberculose — Degré de gravité de la tuberculose au moment de l'admission au sanatorium et répartition procentuelle des cas suivant le sexe, au Québec, en Ontario et au Canada, en 1965	87
II.21 Tuberculose — Sorties des établissements pour tuberculeux, au Québec, en Ontario et au Canada, en 1965 . .	88
III.1 État de santé comparatif de groupes d'enfants des secteurs favorisés ou défavorisés	122
III.2 Dépenses du gouvernement du Québec pour la santé, 1954 à 1967	125
III.3 Coûts des services sanitaires, par catégorie de services et par habitant, au Canada, 1955 et 1968	127
III.4 Coûts des services sanitaires, par source de financement et par habitant, au Canada, 1955 et 1968	128
III.5 Dépenses pour la santé, l'éducation et l'ensemble des secteurs des gouvernements du Québec et de l'Ontario, 1954 et 1967	131
III.6.1 Taux d'hospitalisation pour 1,000 assurés, au Canada et dans les provinces, en 1966	137
III.6.2 Taux des jours d'hospitalisation pour l'ensemble de la population et pour certaines catégories d'âge, au Canada et dans les provinces, en 1965	138
	203

<i>Tableau</i>	<i>Page</i>
III.7 Coûts des dépenses hospitalières dans les hôpitaux publics en relation avec le degré d'utilisation du système hospitalier, au Canada et dans les provinces, en 1967 . .	141
III.8.1 Projection du coût des dépenses de la santé <i>per capita</i> pour 1976, au Québec	142
III.8.2 Projection du coût total des dépenses de la santé, au Québec, en 1976	143
III.9.1 Répartition en pourcentage des dépenses hospitalières au chapitre du personnel, des hôpitaux publics répondants du Québec, de l'Ontario et du Canada, en 1962, 1964, 1966 et 1967	148
III.9.2 Nombre d'heures rémunérées par journée d'hospitalisation, au Québec et en Ontario, de 1962 à 1967	151
III.9.3 Proportion des heures rémunérées par journée d'hospitalisation pour certains services, au Québec par rapport à l'Ontario, en 1966 et 1967	152
III.10 Répartition en pourcentage du personnel de soins infirmiers, selon le poste, dans les hôpitaux généraux publics du Québec et de l'Ontario, en 1966	153
III.11 Pourcentage des hôpitaux possédant des appareils de radiologie spécialisés, au Québec et en Ontario, en 1966 .	164
III.12 Capacité des hôpitaux du Québec en lits dans les hôpitaux généraux, pour malades psychiatriques et pour malades chroniques, convalescents et tuberculeux, au 31 décembre 1963	166
III.13.1 Lits d'hôpitaux additionnels par catégories de lits et par régions économiques, pour tous les hôpitaux du Québec, de 1966 à 1969	168
III.13.2 Évolution du taux de lits pour 1,000 habitants, par catégorie de lits et par régions économiques, pour tous les hôpitaux au Québec, de 1966 à 1969	170
III.13.3 Répartition des projets de construction et de rénovation considérés comme urgents par les hôpitaux publics, par catégories de lits et par régions économiques, au Québec, au 31 décembre 1967	173

APPENDICE

<i>Tableau</i>	<i>Page</i>
III.1.1 Taux annuel d'augmentation des dépenses générales brutes des gouvernements du Québec et de l'Ontario, 1954-1967	181
III.1.2 Dépenses générales brutes des gouvernements du Québec et de l'Ontario en pourcentage du revenu personnel total, 1954-1967	182
III.1.3 Dépenses générales brutes par habitant, des gouvernements du Québec et de l'Ontario, en pourcentage du revenu personnel par habitant, 1954-1967	183
III.1.4 Évolution comparée des dépenses générales brutes et du revenu personnel au Québec et en Ontario, en 1954 et 1967	184
III.1.5 Dépenses brutes par habitant, des ministères de la Santé, de l'Éducation et du Bien-être, au Québec, de 1954 à 1967	185
III.1.6 Dépenses brutes par habitant, des ministères de la Santé, de l'Éducation et du Bien-être, en Ontario, de 1954 à 1967	186
III.1.7 Répartition des dépenses brutes pour la santé par catégorie et par habitant, gouvernement du Québec, de 1954 à 1967	187
III.1.8 Répartition des dépenses brutes pour la santé par catégorie et par habitant, gouvernement de l'Ontario, de 1954 à 1967	188
III.1.9 Dépenses brutes des gouvernements du Québec et de l'Ontario pour les soins hospitaliers. Total et par habitant, de 1954 à 1967	189
III.1.10 Coût net de l'hospitalisation des malades au titre de l'assurance-hospitalisation. Tous les hôpitaux du Québec sous contrat avec le Service de l'assurance-hospitalisation	190

<i>Tableau</i>	<i>Page</i>
III.1.11 Journées d'hospitalisation dans tous les hôpitaux sous contrat avec l'assurance-hospitalisation, au Québec, de 1961 à 1967	190
III.1.12 Frais (bruts) d'exploitation des hôpitaux publics sous contrat avec l'assurance-hospitalisation, au Québec, de 1961 à 1968	191
III.1.13 Frais d'exploitation, frais approuvés aux fins du régime d'assurance-hospitalisation, les dépenses nettes du ministère au titre de l'assurance-hospitalisation du Québec en 1967	192
III.1.14 Journées d'hospitalisation et frais par journée d'hospitalisation dans les hôpitaux psychiatriques du Québec, de 1961 à 1967	193
III.1.15 Coût par journée d'hospitalisation dans les hôpitaux psychiatriques du Canada et du Québec, de 1961 à 1967	193
III.1.16 Heures rémunérées par journée d'hospitalisation dans les hôpitaux publics généraux, services généraux et spéciaux de soins infirmiers, au Canada, au Québec, en Ontario et au Manitoba, de 1961 à 1967	194
III.1.17 Heures rémunérées par journée d'hospitalisation dans les hôpitaux publics généraux, autres services spéciaux au Canada, au Québec, en Ontario et au Manitoba de 1961 à 1967	195
III.1.18 Heures rémunérées par journée d'hospitalisation dans les hôpitaux publics généraux, services supplémentaires, au Canada, au Québec, en Ontario et au Manitoba, de 1961 à 1967	196
III.1.19 Heures rémunérées par journée d'hospitalisation dans les hôpitaux publics généraux, services généraux, au Canada, au Québec, en Ontario et au Manitoba, de 1961 à 1967	197
III.1.20 Coût moyen de l'heure de travail dans les services généraux de l'administration, de l'entretien ménager et de l'entretien matériel, hôpitaux publics généraux du Canada, du Québec de l'Ontario et du Manitoba, en 1964, 1965 et 1966.	198

Index des graphiques, diagrammes et cartes

<i>Graphique</i>	<i>Page</i>
II.1 Maladie coronarienne — Taux de mortalité par maladie coronarienne chez les hommes, par groupes d'âges, Québec et Ontario, de 1951 à 1966	63
II.2 Cancer — Taux normalisés des décès dus au cancer, pour les deux sexes, au Québec, en Ontario et au Canada, de 1950 à 1963	70
II.3 Tuberculose — Taux bruts de mortalité par tuberculose, au Québec, en Ontario et au Canada, de 1950 à 1965 . . .	83
II.4 Tuberculose — Taux bruts de l'incidence de la tuberculose, au Québec, en Ontario et au Canada, de 1950 à 1965	84
III.1 Proportion des soins hospitaliers dans l'ensemble des dépenses gouvernementales de santé, Québec et Ontario, de 1954 à 1967	133

Diagramme

III.1 Répartition des dépenses de santé pour une famille-type et selon la source de financement, Canada, 1955 et 1968 .	129
III.2 Dépenses pour la santé et l'éducation, gouvernement du Québec par rapport à celui de l'Ontario, 1954 et 1967 . .	132
III.3 Coûts <i>per capita</i> des soins hospitaliers aux malades hospitalisés, Canada et les provinces, 1961 et 1967 . . .	136
III.4 Coûts de la journée d'hospitalisation dans les hôpitaux publics, au Canada et dans les provinces, en 1961 et 1967	139
III.5 Augmentation en pourcentage de la capacité totale en lits hospitaliers par régions économiques, au Québec, de 1966 à 1969.	169

Carte

II.1 Mortalité infantile par régions économiques au Québec, en 1965-1967	Après la page 78
II.2 Mortalité infantile 1965-1966-1967, Île de Montréal	Après la page 80

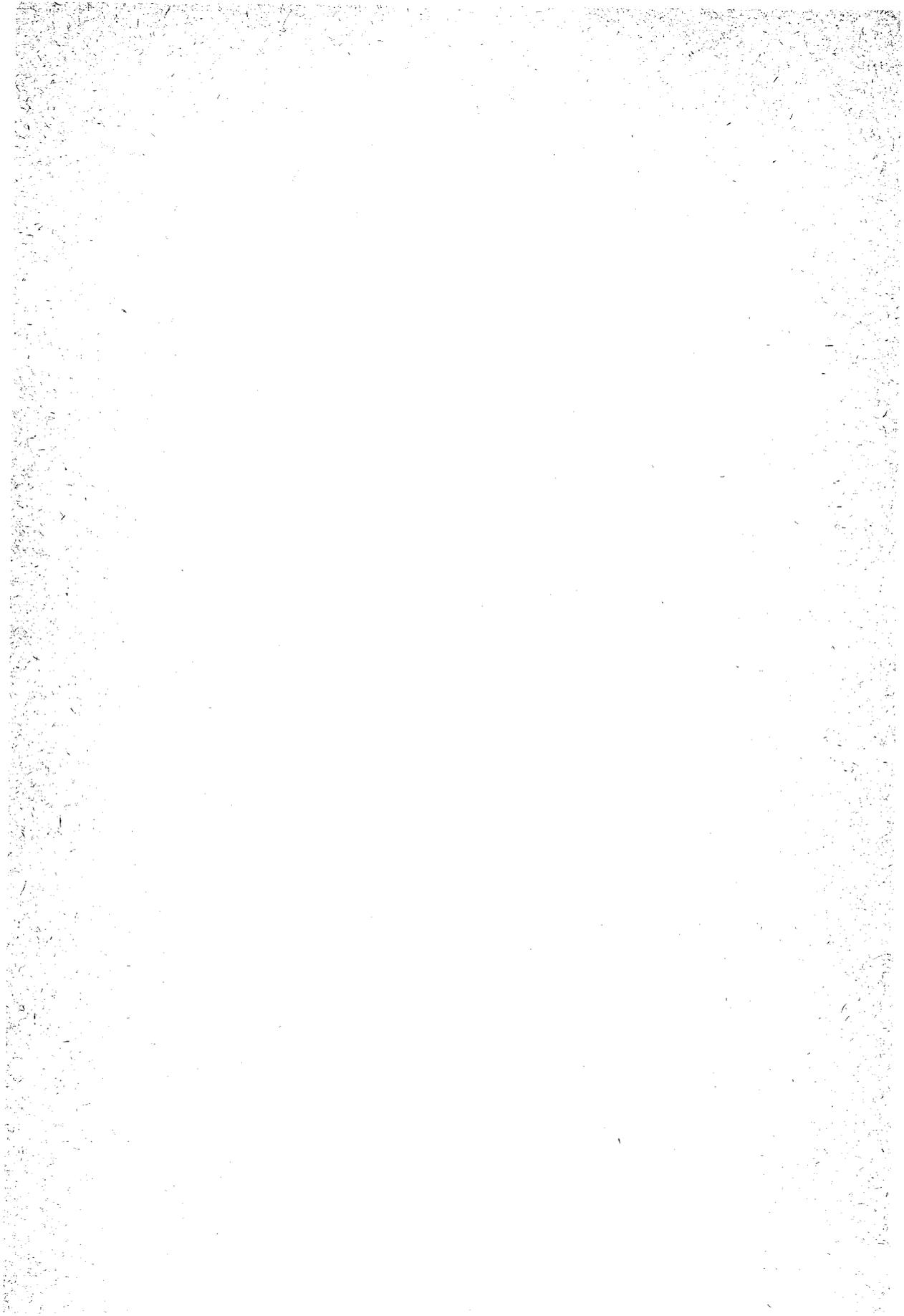


Table des matières

	<i>Page</i>
TITRE PREMIER	
LA SITUATION ACTUELLE	9
CHAPITRE PREMIER	
HISTORIQUE DES SERVICES DE SANTÉ	11
Introduction	13
I. La situation au Canada	15
A. Le mouvement de la santé publique	15
B. L'avènement de l'assurance-maladie	17
II. La situation au Québec	19
A. La santé publique	23
1. Les bureaux de santé municipaux	23
2. Les initiatives provinciales	24
3. Le Service de santé de la ville de Montréal	28
4. Les organismes de santé privés	30
B. L'assurance-maladie	30
CHAPITRE II	
LE MILIEU ET L'ÉTAT DE SANTÉ	35
Introduction : L'écologie humaine et la notion de milieu	37
I. Le milieu	39
A. La pollution du milieu	40
1. La pollution de l'air	41
a) Effets de la pollution de l'air sur l'organisme hu- main	41
b) Inventaire des sources de pollution de l'air	45

	<i>Page</i>
2. La pollution de l'eau	48
3. Les autres types de pollution	51
a) Les déchets	51
b) La pollution des sols	52
c) La radioactivité	53
d) La pollution sonore	54
B. L'urbanisation	54
C. L'alimentation	57
II. L'état de santé de la population	59
A. L'espérance de vie	60
B. La maladie coronarienne	62
C. Le cancer	69
D. Les accidents	73
E. La mortalité infantile	77
F. La tuberculose	82
G. Les maladies mentales	89
Conclusion	90

CHAPITRE III

LA SITUATION ACTUELLE DU RÉGIME DE LA SANTÉ	93
I. L'organisation du régime de la santé	96
A. Défauts d'organisation du régime de la santé	96
1. Les soins de première ligne	98
2. Le système hospitalier	99
a) l'hôpital : entreprise privée ou service public	99
b) La structure interne de l'hôpital	101
c) Les défauts de communication	102

	<i>Page</i>
3. Les systèmes parallèles	103
a) La médecine préventive	103
b) La médecine scolaire	105
c) La médecine du travail	106
d) La réadaptation	107
e) Les soins pour malades chroniques et convalescents	108
f) Les services psychiatriques	109
B. L'exercice professionnel	112
1. L'exercice individuel	113
2. Le dossier de santé	114
3. L'évaluation	115
4. L'organisation professionnelle	116
II. L'accès aux soins	118
A. Les obstacles d'ordre physique	118
B. Les obstacles d'ordre psycho-social	119
1. Aspects psychologiques	120
2. Aspects sociaux	121
C. Les obstacles d'ordre financier	123
III. Les coûts des soins	124
A. L'augmentation des coûts	125
B. La participation publique dans les dépenses de la santé .	126
C. Le niveau actuel des coûts	134
D. La projection des coûts	142
IV. La gestion des services de santé	144
A. L'utilisation des soins hospitaliers et le mode de rémuné- ration des médecins	144

	<i>Page</i>
B. Le fonctionnement de l'hôpital	146
1. L'utilisation du personnel en milieu hospitalier	147
a) Le personnel : quantité et composition	149
b) Analyse et évaluation des tâches	154
c) Incidence des conventions de travail	157
d) Les rapports entre l'hôpital et le médecin	159
2. L'utilisation des installations	161
a) Achat de fournitures et de services	161
b) Utilisation des appareils spécialisés	163
c) Les immobilisations : réalisations et projets	164
d) La situation financière des hôpitaux	174
 Conclusion	 175

APPENDICE III.1

ÉVOLUTION DES COÛTS DES SERVICES DE SANTÉ AU QUÉBEC ET AU CANADA, DE 1954 À 1969	177
 Index des tableaux	 201
 Index des graphiques, diagrammes et cartes	 207

COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE SOCIAL

RAPPORT

VOL. I	L'ASSURANCE-MALADIE	TROISIÈME PARTIE
VOL. II	LES MÉDECINS INTERNES ET RÉSIDENTS	VOL. V LA SÉCURITÉ DU REVENU
PREMIÈRE PARTIE		QUATRIÈME PARTIE
VOL. III	LE DÉVELOPPEMENT	VOL. VI LES SERVICES SOCIAUX
DEUXIÈME PARTIE		CINQUIÈME PARTIE
VOL. IV	LA SANTÉ	VOL. VII
		TOME I LES PROFESSIONS ET LA SOCIÉTÉ
		TOME II LES ÉTABLISSEMENTS À BUT LUCRATIF

ANNEXES

1. ANALYSE COMPARATIVE DES COÛTS DE L'HOSPITALISATION AU QUÉBEC ET EN ONTARIO
LA COMMISSION
2. L'ÉVOLUTION DES SERVICES DE SANTÉ ET DES MODES DE DISTRIBUTION DES SOINS AU QUÉBEC
GILBERT BLAIN, M.D., JEAN-CLAUDE MARTIN, JEAN-YVES RIVARD ET YOLANDE TAYLOR
3. INDICES DE L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION DU QUÉBEC
MADELEINE PATRY, M.D.
4. LES MÉCANISMES DE DISTRIBUTION DES MÉDICAMENTS ET PROTHÈSES : ANALYSE ÉCONOMIQUE
FRANÇOIS D. LACASSE
5. CONTRIBUTION À UN PROJET DE LOI-CADRE EN MATIÈRE DE MALADIE MENTALE
LUCIEN PANACCIO, M.D.
6. PROBLÈMES DE LA DÉTÉRIORATION DU MILIEU ET DE LA CONSERVATION DE L'ENVIRONNEMENT
GEORGES S. GANTCHEFF
7. URBANISME ET AMÉNAGEMENT DU TERRITOIRE EN RELATION AVEC LA CONSERVATION DE LA SANTÉ
GEORGES ROBERT
8. LA PRÉVISION DE MAIN-D'OEUVRE DANS LE SECTEUR HOSPITALIER
RICHARD BÉLAND ET THOMAS BOUDREAU
9. LA SITUATION FINANCIÈRE DES HÔPITAUX DU QUÉBEC AU 31 DÉCEMBRE 1967
NICOLE MARTIN, CHARLES CHAMARD, CLAUDE E. FORGET ET ANDRÉ MOISAN
10. LES COÛTS DE FONCTIONNEMENT DE CERTAINS SERVICES HOSPITALIERS AU QUÉBEC : ANALYSE ÉCONOMIQUE
CLAUDE E. FORGET
11. LA RECHERCHE MÉDICALE AU QUÉBEC — VERSIONS FRANÇAISE ET ANGLAISE
CLAUDE FORTIER, M.D., JOHN BECK, M.D., JACQUES GENEST, M.D., MAURICE LeCLAIR, M.D. ET YVES MORIN, M.D.
12. L'ORGANISATION ET LA RÉGLEMENTATION DES PROFESSIONS DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE AU QUÉBEC
M^e CLAUDE-ARMAND SHEPPARD
13. LA RÉMUNÉRATION DU CORPS MÉDICAL
JEAN-YVES RIVARD
14. UTILISATION COMPARÉE DES SERVICES DE SANTÉ
RAYNALD PINEAULT, M.D.
15. INVENTAIRE DE L'ÉQUIPEMENT HOSPITALIER ACTUEL ET DES PROJETS D'IMMOBILISATIONS AU QUÉBEC
LA COMMISSION
16. LES FONDEMENTS D'UNE POLITIQUE FAMILIALE
PHILIPPE GARIGUE
17. POUR UNE POLITIQUE DE LA VIEILLESSE
JEAN-MARIE MARTIN
18. POLITIQUE DE BIEN-ÊTRE DE L'ENFANCE POUR LE QUÉBEC DE DEMAIN — VERSIONS FRANÇAISE ET ANGLAISE
ROLAND HENNESSEY
19. LA RECHERCHE EN MATIÈRE DE BIEN-ÊTRE SOCIAL AU QUÉBEC — VERSIONS FRANÇAISE ET ANGLAISE
D.E. WOODSWORTH ET PATRICK DEEHY
20. LE PERSONNEL DES ORGANISMES DE BIEN-ÊTRE AU QUÉBEC
MONTREAL COUNCIL OF SOCIAL AGENCIES
21. L'ASSURANCE-CHÔMAGE ET LES SERVICES AUX TRAVAILLEURS
BERNARD SOLASSE ET JEAN BOIVIN
22. LA VOIX DES HOMMES SANS VOIX
LA COMMISSION
23. BIBLIOGRAPHIE SUR LES SERVICES SOCIAUX
LA COMMISSION
24. LE CHAMP DU BIEN-ÊTRE DANS LA SOCIÉTÉ OCCIDENTALE — VERSIONS FRANÇAISE ET ANGLAISE
HERMAN LEVIN
25. LA SOCIÉTÉ DE DEMAIN : SES IMPÉRATIFS, SON ORGANISATION
GÉRALD FORTIN
26. L'ANIMATION SOCIALE
RENÉ DIDIER
27. LE LOISIR
JEAN-CHARLES GUINDON