

SÉNAT

PREMIÈRE SESSION ORDINAIRE DE 1980-1981

Rattaché pour ordre au procès-verbal de la séance du 20 décembre 1980.
Enregistré à la Présidence du Sénat le 10 mars 1981.

RAPPORT D'INFORMATION

de la commission des Affaires sociales (1) à la suite d'une mission, effectuée du 1^{er} au 12 juillet 1980, chargée d'étudier certains problèmes sanitaires et sociaux au Canada.

FAIT

Par M. Jean MÉZARD, Mme Cécile GOLDET,
MM. Roger LISE, André RABINEAU et Bernard TALON,

Sénateurs.

N.B. : MM. Jean Mézard et Bernard Talon ne sont plus sénateurs depuis le 2 octobre 1980.

(1) Cette Commission est composée de : MM. Robert Schwint, président ; André Rabineau, Victor Robini, Louis Boyer, Jean Chérioux, vice-présidents ; Roger Lise, Jacques Bialski, Hubert d'Andigné, Hector Viron, secrétaires ; Jean Amelin, Mme Marie-Claude Beaudeau, MM. Henri Belcour, Jean Béranger, Noël Berrier, André Bohl, Charles Bonifay, Pierre Bouneau, Philippe de Bourgoing, Jean-Pierre Cantegrit, Marc Castex, Michel Crucis, Georges Dagonia, Guy Durbec, Charles Ferrant, Pierre Gamboa, Marcel Gargar, Mme Cécile Goldet, MM. Jean Gravier, André Jouany, Louis Jung, Louis Lazuech, Bernard Lemarié, Pierre Louvot, Jean Madelain, André Méric, Michel Morel, Jean Natali, Charles Ornano, Bernard Pellarin, Raymond Poirier, Henri Portier, Guy Robert, Paul Robert, Gérard Roujas, Pierre Sallenave, Louis Souvet, René Touzet, Georges Treille, Jean Varlet.

Canada. — Protection sanitaire et sociale - Rapport d'information.

SOMMAIRE

	Pages
Présentation de la mission	5
Programme	7
Remerciements	9
EN GUISE DE PRÉLIMINAIRE : LE CADRE GÉNÉRAL DANS LEQUEL S'EXERCE L'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE AU CANADA	11
A. — Données démographiques	11
— Répartition de la population	12
— Facteurs de variation de cette population	13
• L'immigration	13
• Les mouvements naturels de population	15
— La population active	16
B. — Fédéralisme et répartition des compétences	18
— Un peu d'histoire et d'actualité	18
— La constitution canadienne et le partage des compétences	20
• En matière sanitaire et sociale, une compétence essentiellement pro- vinciale et une collaboration croissante avec le Gouvernement fédéral	22
— Le principe initial de la compétence provinciale	22
— Une collaboration croissante des provinces avec les autorités fédé- rales	23
— Le développement des compétences fédérales - Programmes et services fédéraux	24
PREMIERE PARTIE. — L'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE AU CANADA : LES GRANDS PROGRAMMES A COUT PARTAGE ET LES PROGRAMMES A RESPONSABILITÉ FÉDÉRALE	29
I. — Naissance et développement des programmes sociaux	30
A. — <i>Un souci croissant de protection de la santé : Le développement de l'assurance maladie</i>	30
1. La naissance du concept d'assurance maladie et sa première réalisation par la loi sur l'assurance hospitalisation	30
2. Sa généralisation par la loi sur l'assurance médicale	32
B. — <i>Le développement d'une politique de sécurité du revenu et du bien-être social</i>	35
1. Une première étape jusqu'en 1914	35
2. L'entre-deux guerres	35
3. La période actuelle de développement de la protection sociale ..	37

	Pages
II. — La santé	39
A. — L'équipement sanitaire du pays	39
— Les médecins	40
— Les capacités hospitalières	42
B. — Les principaux programmes de soins de santé	45
1. Le programme d'assurance hospitalisation et des services diag- nostiques	46
1° La gamme des services assurés	47
2° Champ d'application	49
3° Le financement	50
2. Le programme d'assurance médicale	51
— Les normes minimales	51
1° Le financement	51
2° La garantie assurée	52
• Depuis 1977, un nouveau mode de partage financier	53
C. — Un système de santé qui s'interroge sur son efficacité	54
1. Un coût croissant	55
2. Vers une meilleure utilisation du système de soins	59
3. Des contradictions à dissiper	60
4. Une réorientation des objectifs : vers une conception globale de la santé	62
III. — L'action sociale	66
A. — Un programme fédéral-provincial à coûts partagés : le régime d'assistance publique (R.A.P.C.)	67
1. Les objectifs du régime	68
2. Les bénéficiaires de l'assistance	68
3. Les services assurés par le R.A.P.C.	69
B. — Un programme fédéral : les allocations familiales	70
1. Champ d'application	70
2. Le taux des prestations	71
C. — Sécurité des revenus des personnes âgées	72
1. Pension de sécurité de la vieillesse, supplément au revenu garanti et allocation au conjoint	73
• Champ d'application de la sécurité de la vieillesse	73
• Le supplément du revenu garanti	74
• Allocation de conjoint	74
• Régime fiscal de ces prestations	75
• Nombre des bénéficiaires et total des dépenses	75
2. Le régime de pensions du Canada et le régime des rentes du Québec	76
• Le financement	76
• Les prestations	76
— Pensions de retraite	76
— Pensions d'invalidité	76
— Pensions de conjoint survivant	77
— Prestations aux orphelins	77
— Prestations de décès	77
• Régime fiscal et indexation	77

	Pages
D. — <i>La sécurité du revenu des travailleurs</i>	78
1. La loi sur l'assurance chômage	78
• Conditions d'admissibilité	79
• Durée de versement des prestations	79
— Prestations ordinaires	79
— Prestations spéciales	79
• Taux des prestations	80
• Régime juridique des prestations	80
• Financement du régime	80
2. Indemnisation des accidentés du travail	81
E. — <i>Un effort de réflexion sur l'action sociale</i>	81
DEUXIÈME PARTIE. — <i>Le cas du Québec : un laboratoire social ?</i>	87
I. — <i>Données générales</i>	88
A. — <i>Les compétences provinciales</i>	88
B. — <i>Territoire et population</i>	89
C. — <i>Naissance d'une nouvelle politique sociale</i>	90
1. L'émergence d'une politique sociale et sanitaire	90
2. L'amorce d'une réforme	92
• Les bases législatives	92
• Les études et enquêtes menées	93
a) Le rapport Boucher	93
b) Le rapport Castonguay	93
3. La réalisation des réformes proposées	94
• De nouvelles lois	94
• Les grandes orientations	96
• Les moyens administratifs	96
II. — <i>Les éléments essentiels de la politique sociale</i>	98
A. — <i>Les programmes de sécurité du revenu : la recherche de l'autonomie des personnes</i>	98
a) Les assurances sociales	102
1. Le régime des rentes du Québec	102
2. Les régimes supplémentaires de rentes	104
b) Les allocations sociales	105
1. Les allocations familiales	105
2. L'aide sociale	107
B. — <i>La santé : médecine globale et gratuité des soins</i>	110
• Quelques indicateurs de santé	110
1. Les grandes orientations du système de santé proposées par la commission Castonguay	113
2. La mise en place d'un réseau de services accessibles à tous et à vocation globale	115
• Le ministère des Affaires sociales	115

	Pages
• Le réseau des affaires sociales	117
— Le C.R.S.S.S.	117
— Les centres hospitaliers	118
— Les D.S.C.	122
— Les centres locaux de services communautaires	123
— Les centres d'accueil	124
— Les centres de services sociaux	124
— La gestion budgétaire	125
• La médecine libérale	127
3. Le fonctionnement du système de santé : l'accessibilité aux soins	128
• Gratuité des soins	128
— Hospitalisation	128
— Soins médicaux	129
• Assurance maladie et exercice médical	130
— Les ententes avec les associations professionnelles ..	130
— La rémunération des médecins	130
— Les contrôles qualitatif et quantitatif	131
— Une meilleure connaissance de la pratique médicale ..	132
• Vers une nouvelle pratique médicale ?	132
— Une médecine plus globale	132
— Une remise en question permanente des connaissances.	133
• L'accroissement des dépenses et son contrôle	134
• L'expérience québécoise	138
En guise de conclusion	141
ANNEXE. — Programmes de soins gratuits pour les assistés sociaux	145
1. Soins médicaux	145
2. Soins hospitaliers	145
3. Médicaments vendus sur ordonnance	145
4. Soins dentaires	146
5. Soins ophtalmologiques	146
6. Autres avantages	147

MESDAMES, MESSIEURS,

Consciente des difficultés que soulèvent actuellement dans toutes les nations industrialisées l'organisation d'un système de soins et de protection sociale efficace, ainsi que la croissance des dépenses publiques qui s'y rattachent, la commission des Affaires sociales décidait, au début de l'année 1980, d'envoyer une délégation au Canada afin d'y étudier les efforts menés en ce domaine.

D'un niveau de vie et d'un état sanitaire très largement comparables au nôtre, d'une culture très proche, le Canada — et notamment ses provinces orientales de l'Ontario et, plus encore, du Québec — ont su en effet aborder cette question d'organisation et de coût avec un certain succès.

Phénomène exceptionnel aujourd'hui — et qui suscite maintes études et enquêtes sur place —, le Québec peut même se vanter d'un régime d'assurance maladie excédentaire, alors même qu'est garantie la gratuité des soins avec tiers payant intégral et assurée une rémunération plus qu'honorable des médecins.

..

L'intérêt d'un tel déplacement est avivé du fait que la structure de protection mise en place aux différents échelons, fédéral et provinciaux, quelquefois plus récemment encore que la nôtre, atteint aujourd'hui le degré de maturité qui lui permet une réflexion sur elle-même, ses objectifs, son efficacité, ses limites.

Cette réflexion, dont la sincérité ne peut qu'enrichir la nôtre, est entreprise tant par les pouvoirs publics que par les professionnels et les citoyens en général. Elle n'est pas seulement due à un souci tout américain de rationalité et de rentabilité, mais peut-être surtout à la volonté affirmée que soit mis en place le système le meilleur possible et le plus effectivement accessible à tous.

Si, pour des raisons diverses, ses fondements sont d'inspiration différente des nôtres, il n'en demeure pas moins que les programmes existants sont comparables dans leur esprit et que les interrogations formulées sont largement identiques à celles énoncées dans notre pays. Certes, les problèmes très délicats que pose la répartition des compétences entre le Gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux sont sans commune mesure avec les actuelles préoccu-

pations du législateur français en matière de décentralisation mais la recherche d'un meilleur développement des responsabilités des collectivités locales ne peut que s'éclairer de la connaissance de cette expérience d'outre-Atlantique.

Des contacts, des échanges sont d'ailleurs nombreux entre responsables français et canadiens et notamment québécois. Ils permettent de souligner autant les similitudes que les divergences et de tirer les leçons d'une expérience passionnante.



La délégation, composée de M. Jean Mézard (1) qui la présidait, Mme Cécile Goldet, MM. Roger Lise, André Rabineau (1), Bernard Talon et accompagnée de Mlle Geneveve, M. Pascaud-Bécane, a reçu un accueil plus que chaleureux, tant de la part des autorités fédérales que des autorités provinciales de l'Ontario et du Québec, où elle avait souhaité se rendre.

Elle a découvert, dans cette dernière province, une atmosphère quelque peu « tendue » après les résultats négatifs du référendum tout récent et l'attente incertaine qui les a suivis.

C'est la Fédération tout entière qui, en ce mois de juillet 1980, réfléchissait sur son devenir avec inquiétude, quelquefois avec angoisse.

Cet effort d'une nation, comme celui d'une province pour s'interroger sur la signification et l'opportunité du « vouloir vivre ensemble » mérite d'être noté car il passionnait tous les interlocuteurs que la délégation a rencontrés, comme il a passionné les cinq membres de la délégation. Aucun des entretiens menés n'a pu y rester étranger.

La mission, au total, s'est révélée riche d'enseignements et d'amitiés cueillies au hasard des rencontres. Certains visages ne pourront plus s'oublier, certaines paroles resteront gravées dans nos mémoires.

Les membres de la délégation, dans leur unanimité, n'ont pu et ne peuvent encore cacher leur satisfaction, leur plaisir et leur constant intérêt.



(1) Membres du bureau de la Commission.

LE PROGRAMME DE LA MISSION

La délégation a quitté Paris le 1^{er} juillet 1980 pour Ottawa où elle a pu assister, dans la soirée, aux cérémonies particulièrement suivies, de la fête nationale.

Les journées des 2 et 3 juillet furent consacrées à des réunions de travail avec les autorités fédérales chargées de la santé et de l'action sociale.

Les matinée et après-midi du 2, après un accueil très chaleureux de Mme Monique Begin, ministre de la Santé et du Bien-être, virent se succéder des entretiens avec les principaux responsables du ministère sur le problème du partage des compétences et du financement du système sanitaire et social. La plupart des « programmes » existants furent décrits et explicités, dans leurs finalités et leur contenu.

Après un déjeuner offert par Mme Begin, les membres de la délégation ont pu assister à la séance quotidienne de « questions » à la Chambre des communes et participer à de nouvelles réunions de travail sur l'organisation et le fonctionnement des politiques sociales, notamment en matière d'assistance, d'allocations familiales et de planification.

Le soir, le président du Sénat, M. Marchand, invita la délégation à un dîner au Sénat, auquel participaient plusieurs parlementaires et personnalités politiques.

Le 3 juillet, les membres de la délégation assistaient à une réunion de commission permanente à la Chambre des communes, consacrée au financement de l'action sociale, puis dînèrent à l'ambassade de France et purent, l'après-midi, visiter Ottawa et ses environs.

Ils quittaient Ottawa pour Toronto dans la soirée.

Le 4 juillet, diverses séances de travail furent prévues, le matin et l'après-midi, avec les autorités ontariennes, sur les problèmes des personnes âgées, des enfants et des handicapés, ainsi que sur les institutions de santé et particulièrement les hôpitaux.

Des entretiens excessivement ouverts ont pu ainsi être menés, qui ont permis de dégager l'ampleur des efforts accomplis, la similitude des problèmes rencontrés s'agissant notamment de l'héber-

gement des personnes âgées, du maintien à domicile, et des alternatives à l'hospitalisation, le souci de faire participer les intéressés aux décisions les concernant, en même temps que les difficultés et inévitables insuffisances de toute action en ce domaine.

Un dîner offert par le consulat général réunit les membres de la délégation et les responsables de l'administration de l'Ontario, qui avaient bien voulu recevoir les sénateurs français.

Le 5 juillet, la délégation se rendit aux chutes du Niagara puis quitta, le soir, Toronto pour Québec.

Les journées des 6 et 7 juillet permirent à ses membres de se déplacer vers le parc des Laurentides et le lac Saint-Jean, et de rejoindre Québec dans la soirée du 7.

Le 8 juillet, matin et après-midi, furent consacrés à des séances de travail au ministère des Affaires sociales portant sur la présentation d'une synthèse de la politique sanitaire et sociale du Québec.

Un déjeuner fut offert par le député du territoire, M. Elie Fallu, et une visite du vieux Québec organisée en fin d'après-midi, avant un dîner au consulat général de France.

Le 9 juillet, la délégation fut reçue à la Régie de l'assurance maladie (R.A.M.Q.) par M. Martin Laberge, président-directeur général, qui sut admirablement présenter les missions de la R.A.M.Q., notamment sur le plan du contrôle quantitatif des soins. Un déjeuner s'ensuivit, qui permit la poursuite du dialogue, avant que ne soit entreprise la visite de l'Hôtel-Dieu de Québec, particulièrement intéressant, s'agissant notamment des modalités d'accueil et de traitement des cancéreux.

Un dîner fut offert par le ministre des Affaires sociales, M. Denis Lazure.

Le 10 juillet, la délégation s'entretenait avec les dirigeants du conseil régional de la santé et des services sociaux (C.R.S.S.S.) de la région de Québec, qui exposèrent l'importance de la régionalisation et la mission actuelle et prévisible des C.R.S.S.S. L'après-midi, les membres de la délégation gagnaient, par la route du Roy, Montréal.

Le 11 juillet, ils étaient reçus par la Corporation professionnelle des médecins du Québec. Des exposés fort intéressants furent faits sur la mission de la Corporation, s'agissant plus particulièrement du contrôle qualitatif des soins, et de la formation continue du corps médical.

Dans l'après-midi, fut visité un centre local de soins communautaires et exposées à la délégation les missions essentielles de cette originale institution.

Une réception réunissait en fin de soirée la délégation et les responsables québécois au consulat général de France à Montréal.

Le 12 juillet, après une visite de Montréal, la délégation regagnait Paris.



La délégation tient à remercier tout particulièrement les diplomates canadiens et les représentants de la délégation générale du Québec résidant à Paris, qui l'ont aidée à préparer sa mission et notamment M. Gérard Pelletier, ministre des Affaires étrangères du Canada, et M. Jean-Pierre Juneau, premier secrétaire à l'ambassade du Canada, M. Yves Michaud, délégué général du gouvernement du Québec, et MM. Paul Asselin et Pierre Juneau, diplomates de la délégation générale.

Elle remercie également les diplomates français en poste au Canada et tout particulièrement :

- M. Pierre Maillard, ambassadeur de France ;
- et son collaborateur, M. Jean-Luc Bodin, deuxième secrétaire ;
- M. Jean Guérand, consul général à Toronto et ses collaborateurs MM. Patrick Jaszinski et Jean-Pierre Philippe ;
- M. Henri Réthoré, consul général de France à Québec ;
- et M. Jean Honorat, consul général de France à Montréal.

Elle assure également de sa reconnaissance pour leurs dévouement et compétence :

M. Ferry de Kerkhove et M. Michel Girard qui, le premier à Ottawa, le second à Québec, ont su veiller sur le bon déroulement des travaux et satisfaire aux souhaits de la délégation.

La délégation a été très sensible à l'accueil des autorités canadiennes qu'elle tient à remercier très sincèrement.

Sa gratitude va tout d'abord à Mme Monique Begin, ministre de la Santé nationale et du Bien-être du Canada, et à ses très compétents collaborateurs : MM. Norbert Préfontaine, Black, Denis Cook, Raymond Lachaine, Gueslain Forti, Mme Charlotte Roy, MM. Jacques Patry et Louis Rouillard.

Elle s'exprime aussi envers le Président du Sénat du Canada, M. Marchand, qui a fort aimablement invité ses membres à une superbe réception.

La délégation souhaite également remercier les autorités de l'Ontario et notamment M. B.-D. Carman, sous-ministre des Services sociaux et communautaires, M. W.A.B. Backley, sous-secrétaire provincial pour le Développement social, M.B. Sutlie, sous-ministre ad-

joint au ministère des Services sociaux et communautaires, et M. A.-E. Tyer, également sous-ministre adjoint au même ministère.

La délégation tient enfin à manifester particulièrement sa reconnaissance aux responsables québécois qui l'ont si chaleureusement accueillie, et en premier lieu à M. Denis Lazure, ministre des Affaires sociales, M. Jean-Claude Deschenes, sous-ministre des Affaires sociales, M. Elie Fallu, député de Terrebonne, M. Martin Laberge, président de la Régie d'assurance maladie du Québec, M. Victorin B. Laurin, directeur général de l'Hôtel-Dieu, M. Jean-Yves Legaré, directeur général du C.R.S.S.S. de la région de Québec, M. Augustin Roy, président de la Corporation professionnelle du Québec, ainsi que ses collaborateurs et M. André Tétrault, directeur général du C.L.S.C. de Rivière des Prairies.

La gratitude des membres de la délégation va aussi aux collaborateurs de tous grades et de tous niveaux qui ont su faciliter par leur compétence, leur dévouement et leur affabilité, la pleine réussite de cette mission outre-Atlantique.

EN GUISE DE PRÉLIMINAIRE : LE CADRE GÉNÉRAL DANS LEQUEL S'EXERCE L'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE DU CANADA

Les rapports très privilégiés qui unissent depuis toujours le Canada et sa belle province du Québec avec notre pays nous dispenseront d'avoir à rappeler des éléments bien connus concernant sa géographie, son histoire et ses structures juridiques et politiques.

Nous nous bornerons à rappeler celles de ces données qui constituent, soit des chances, soit, au contraire, des contraintes, pour toute action menée dans le domaine social.

A. — DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES

Il importe en effet d'insister en vue de mieux situer les difficultés de l'organisation sanitaire et sociale mise en place sur :

- l'étendue immense du pays, qui couvre près de 10.000.000 kilomètres carrés,
- la grande variété du relief et des conditions climatiques,
- et l'extrême dispersion d'une population globalement peu nombreuse, puisqu'elle comprend moins de 24 millions d'habitants, soit une densité d'à peine 2,3 habitants au kilomètre carré.

Comme on peut l'observer (1) : « Avec une superficie totale légèrement supérieure à celle des Etats-Unis et une population dix fois moins nombreuse, le Canada constitue un véritable défi aux lois de la géographie et de l'histoire. En un peu plus d'un siècle, les descendants des trappeurs et des bûcherons des premières colonies ont fait de leur pays l'une des principales puissances économiques du monde, la huitième du point de vue de la production, la cinquième pour l'importance de son commerce extérieur, la quatrième en ce

(1) Jean-Pierre Prévost : « La crise du fédéralisme canadien » P.U.F. 1972.

qui concerne le niveau de vie. Bien plus, ils ont été capables de résister à la formidable attraction de leur puissant voisin et de se constituer en tant que nation jouant son rôle propre sur la scène internationale. »

— Répartition de la population.

La situation de la population canadienne mérite, quant à elle, d'être quelque peu précisée (1).

Si l'on a rappelé sa dispersion, il convient aussi de souligner qu'à 80 % elle vit sur 12 % de la superficie totale du pays. Plus de 8 millions de Canadiens, plus du tiers, vivent dans la province de l'Ontario, plus de 6 millions, plus du quart, dans celle du Québec.

RÉPARTITION DE LA POPULATION PAR PROVINCE

	Pourcentage de la superficie du Canada	Pourcentage de la population du Canada	Capitale
Provinces			
Québec	15,4	27,1	Québec
Ontario	10,7	35,9	Toronto
Colombie britannique	9,5	10,8	Victoria
Alberta	6,6	8,0	Edmonton
Manitoba	6,5	4,4	Winnipeg
Saskatchewan	6,5	4,0	Regina
Terre-Neuve (dont Ile de Terre-Neuve 1,1, Labrador 3,0)	4,1	2,4	Saint-Jean
Nouveau-Brunswick	0,7	3,0	Fredericton
Nouvelle-Ecosse	0,6	3,6	Halifax
Ile-du-Prince-Edouard	0,1	0,5	Charlottetown
Territoires			
Les Territoires du Nord-Ouest	33,9	0,2	Yellowknife
Le Yukon	5,4	0,1	Whitehorse

(1) Tous les tableaux sont extraits de « Population et économie du Canada » — Notes et Etudes documentaires — Documentation française 4531-4532 (10-10-1979).

EVOLUTION DE LA POPULATION DES PROVINCES DU CANADA,
DU RECENSEMENT DE 1971 AU RECENSEMENT DE 1976

	Habitants (1971)	Habitants (1976)	Pourcentage de variation
Ontario	7.703.106	8.264.465	+ 7,3
Québec	6.027.764	6.234.445	+ 3,4
Colombie britannique	2.184.621	2.466.608	+ 12,9
Alberta	1.627.874	1.838.037	+ 12,9
Manitoba	988.247	1.021.506	+ 3,4
Saskatchewan	926.242	921.323	— 0,5
Nouvelle-Ecosse	788.960	828.571	+ 5,0
Nouveau-Brunswick	634.557	677.250	+ 6,7
Terre-Neuve	522.104	577.725	+ 6,8
Ile-du-Prince-Edouard	111.641	118.229	+ 5,9
Territoires du Nord-Ouest	34.807	42.609	+ 22,4
Yukon	18.388	21.836	+ 18,8
Total	21.568.311	22.992.604	+ 6,6

Les rigueurs climatiques et l'industrialisation expliquent que le Canada soit un *pays très urbanisé*. Plus de 76 % de la population vit en effet dans des zones urbaines qui s'échelonnent à moins de 400 kilomètres de la frontière américaine, le long du Saint-Laurent et ce pourcentage ne cesse de s'accroître.

— Facteurs de variation de la population.

Entre le premier recensement, en 1871 (3,7 millions d'habitants) et celui de 1976 (23 millions), la population canadienne a sextuplé, du fait de la conjonction — jusqu'à une date récente — d'un fort courant d'immigration et d'une natalité vigoureuse.

● *L'immigration.*

On se souvient que la cession de la Nouvelle France à l'Angleterre avait interrompu toute immigration française vers le Canada, remplacée dès lors par une forte arrivée d'immigrants de langue anglaise, à la suite des crises industrielles et agricoles de Grande-Bretagne et des famines irlandaises.

Cette immigration a permis au groupe anglophone de rattraper, puis de dépasser, au cours de la première moitié du XIX^e siècle, les

francophones qui ne maintinrent leurs positions que par l'effet d'une fécondité si forte qu'elle fut à l'origine d'un courant d'émigration vers le nord-ouest des Etats-Unis.

En 1871, 60 % des habitants étaient d'origine britannique, 31 % seulement d'origine française.

**LES DIFFERENTS « GROUPES ETHNIQUES »
DANS LA POPULATION DU CANADA**

	Britanniques	Français	Autres
1871	60,5	31,1	8,4
1881	58,9	30,0	11,1
1901	57,0	30,7	12,3
1911	54,1	28,5	17,4
1921	55,4	27,9	16,7
1931	51,9	28,2	19,9
1941	49,7	30,3	20,0
1951	47,9	30,8	21,3
1961	43,8	30,4	25,8
1971	44,6	28,7	26,7

Depuis lors et en un siècle, les Canadiens d'origine anglaise sont passés de 2,1 à 9,6 millions, soit une progression de 356 %, ceux d'origine française de 1,1 à 6,1 millions, soit une progression de 471 %. Néanmoins, le pourcentage de canadiens originaires des pays fondateurs n'a cessé de décroître du fait d'une forte immigration en provenance d'autres pays d'Europe.

En 1971, l'origine des « groupes ethniques » canadiens autres que britannique et français était la suivante :

— Allemands : au nombre de 1.317.200, soit 6,1 % de la population ;

— Italiens : au nombre de 730.820, soit 3,4 % de la population ;

— Ukrainiens : au nombre de 580.660, soit 2,7 % de la population ;

— Néerlandais : au nombre de 425.945, soit 2,0 % de la population ;

— Polonais : au nombre de 316.425, soit 1,5 % de la population.

A la même date, plus de 15 % des Canadiens étaient nés à l'étranger, le pourcentage variant beaucoup selon les régions, les nouveaux immigrants s'établissant de préférence dans les villes et les zones urbaines.

• *Les mouvements naturels de la population.*

Globalement, jusqu'à une période récente, la démographie canadienne se caractérisait par un *taux de natalité* très élevé (entre 27,1 et 28,5 naissances pour 1.000 habitants entre 1948 et 1959) dû essentiellement au fort taux de fécondité des populations de langue française. Les années récentes ont vu, dans ce pays comme dans les autres nations développées, un fléchissement très sensible de la natalité qui est descendue jusqu'à 15,4 pour mille en 1974. Le nombre des naissances vivantes est passé d'environ 470.000 au cours de la période 1956-1960 à 343.000 en 1973.

La chute a été plus brutale encore au Québec où le taux de natalité est descendu, dans le même temps, de 28,6 ‰ à 13,8 ‰.

Plus significatif encore, le *taux de fécondité*, c'est-à-dire le nombre moyen de naissances par femme en âge de procréer, est passé, pour l'ensemble du pays, de 3,9 en 1959 à 1,9 en 1974, au Québec, de 3 à 1,7.

Notons cependant dans cette dernière province une légère reprise de la natalité, dont le taux est passé à 15,1 pour mille en 1977 (15,6 pour mille pour l'ensemble du Canada). Mais il est difficile d'estimer s'il s'agit là d'un phénomène durable ou passager.

Le *taux brut de mortalité* est, au Canada, un des plus faibles du monde (7,3 pour mille en 1977). Après une diminution progressive et soutenue, il semble à peu près s'être stabilisé depuis 1967. En 1971, l'espérance de vie à la naissance atteignait 69,3 ans pour les hommes et 76,4 ans pour les femmes. Elle était la plus élevée dans la Saskatchewan (71,1 ans et 77,6 ans) et la plus basse au Québec (68,3 ans et 75,3 ans).

Le pourcentage des personnes âgées de soixante-cinq ans et plus tend en conséquence à s'accroître, passant de 7,7 % en 1956 à 8,7 % en 1976 et au Québec, au cours des mêmes années, de 5,7 à 7,7 %. Ces pourcentages croissants n'en sont pas moins inférieurs à ceux des nations européennes et la population canadienne continue de se caractériser par sa jeunesse, frappante aux yeux de tous les observateurs.

RÉPARTITION DE LA POPULATION PAR GROUPES D'ÂGE

(En pourcentage.)

	1931	1951	1971	1976	1986 (*)
0 - 19 ans	41,7	37,9	39,3	35,8	31,8
20 - 39 ans	29,8	30,4	28,0	31,0	34,5
40 - 64 ans	23,0	23,9	24,6	24,5	24,1
65 ans et plus	5,5	7,8	8,1	8,7	9,8

* Prévisions.

Source : « Problèmes économiques », n° 1.607, 24 janvier 1979 ; tableau réalisé d'après les données d'un graphique de la « Revue des Affaires » de la Banque de Montréal, octobre 1978 (dont « Problèmes économiques » reproduit un article).

Cette structure des âges influe inévitablement sur l'état de santé et les besoins sanitaires du pays. Le déclin démographique, de même, entraîne une diminution de la *dimension des familles*.

Les familles de 12 à 15 enfants ont cédé le pas à celles de 2, voire un enfant unique.

Parallèlement ont profondément évolué le rôle et les responsabilités sociales des femmes, de plus en plus nombreuses sur le marché du travail et dont la condition juridique s'est notablement améliorée.

● En ce qui concerne la **population active**, il est à noter que le Canada compte plus de 10,6 millions d'actifs (soit plus de 46 % de la population totale) dont 9,7 millions de salariés (soit près de 90 % de l'ensemble).

Le taux de chômage, traditionnellement élevé, surtout l'hiver, atteignait en moyenne 8,4 % en 1978 au lieu de 6,2 % en 1971.

En 1976, le secteur primaire occupait 7,4 % des actifs, le secondaire 27 % et les services 65,6 %.

Depuis le recensement de 1971, les principaux changements observés sont, d'une part, la *forte augmentation de la population active féminine*, qui constitue désormais 38,2 % des actifs contre 35 % en 1971, d'autre part la diminution constante de la population employée dans le secteur primaire, particulièrement notable au Québec, et, corrélativement, la forte augmentation des actifs du secteur tertiaire.

REPARTITION DE LA POPULATION ACTIVE CANADIENNE

(Recensements de 1971 et de 1976.)

(En pourcentage.)

	1971	1976
<i>Secteur primaire</i>	9,1	7,4
dont :		
Agriculture	6,3	4,6
Mines, carrière, puits de pétrole	1,3	1,9
Forêts	0,9	0,5
Pêche	0,6	0,4
<i>Secteur secondaire</i>	28,3	27,0
dont :		
Industries manufacturières	22,2	20,3
Construction	6,1	6,7
<i>Secteur tertiaire</i>	62,6	65,6
dont :		
Administration publique et Défense	32,6	34,3
Commerce	16,5	17,3
Transports et communications	8,7	8,8
Banques, assurances, immobilier	4,8	5,2

Ces mutations silencieuses de la société canadienne et notamment de la société québécoise, qui ont accompagné la « révolution tranquille » si souvent décrite, ont eu d'inévitables répercussions sur les politiques sociales, familiales et sanitaires.

Mais on ne saurait clore ce trop rapide survol des données de population sans mentionner l'existence de **minorités autochtones** (environ 2 % de la population) présentant précisément dans ce domaine de la protection sociale des besoins spécifiques.

On compte environ 18.000 esquimaux ou inuits menant encore pour l'essentiel une vie fondée sur la chasse et la pêche, les jeunes générations paraissant manifester une plus réelle volonté d'intégration à la société urbaine et industrielle.

La population indienne s'élève quant à elle à plus de 300.000 personnes vivant essentiellement dans des réserves, dont elles ont la propriété collective et disposant d'un statut spécial.

B. — FÉDÉRALISME ET PARTAGE DES COMPÉTENCES

— Un peu d'histoire et d'actualité.

On ne fera que résumer les grandes lignes de l'histoire de la « Belle province » qui, pour l'essentiel, commence à la fin du xv^e siècle, quand est peu à peu explorée cette immense étendue de terres.

Le xviii^e siècle est dominé, on ne le sait qu'un trop, par la rivalité entre la France et l'Angleterre pour s'assurer la domination de l'Amérique du Nord. Si le Traité de Paris de 1763 marque la défaite française, la première moitié du siècle suivant voit se développer la revendication d'un gouvernement autonome à l'égard de la mère patrie anglaise ; il est accordé en 1849.

Le risque d'une scission entre le Canada français et les provinces anglophones conduit la Grande-Bretagne à susciter la constitution d'une *fédération* instituée le 1^{er} juillet 1867 par l'*Acte de l'Amérique du Nord britannique*.

Au cours du xix^e siècle, elle s'étendra à de nouveaux territoires, tandis que se poursuit un fort mouvement d'immigration et que le pays se dote d'une infrastructure économique largement fondée sur le développement des moyens de communication — et qui se veut indépendante des Etats-Unis.

La fin du XIX^e siècle reste marquée par l'antagonisme entre les deux ethnies — anglophone et francophone — et par le débat sur le rôle que doit jouer le Canada dans les affaires de l'Empire britannique.

La recherche d'une plus grande autonomie est encouragée par l'importance de l'intervention du Canada aux côtés des Alliés dans la Première Guerre mondiale. Elle se traduit, en 1931, par un statut qui confère à la nation les attributs d'un Etat souverain et indépendant.

La grande crise des années trente entraîne, comme aux Etats-Unis, la revendication, par le Gouvernement fédéral, de compétences plus étendues.

Mais si l'on assiste effectivement au renforcement du pouvoir fédéral à l'occasion des guerres mondiales et de la crise de 1929, la période récente est, au contraire, marquée par un nouvel affaiblissement de l'autorité du gouvernement d'Ottawa dont le point de départ se situe approximativement vers 1957, après la dépression qui suivit la fin de la guerre de Corée.

De nombreuses usines, notamment dans l'aéronautique, furent touchées par cette récession. Voyant leurs recettes diminuer sensiblement, et devant faire face à un chômage croissant, les gouvernements provinciaux arrachèrent un nouveau partage des ressources fiscales entre le fédéral et le provincial. Au fil des ans, la part fédérale allait se trouver réduite.

Depuis le début des années 60 et tout particulièrement à l'heure actuelle le débat politique est dominé non seulement par la délicate question des relations entre les autorités fédérales et les provinces, notamment par le « défi du Québec », mais aussi par la volonté affirmée de s'affranchir de l'attraction et de l'omniprésence des Etats-Unis.

Le fédéralisme canadien, qui a permis le formidable essor de cet immense pays, parce qu'il a pu longtemps concilier les aspirations de chaque province, les nécessités du développement économique et les exigences d'un système démocratique et qui a su finalement adapter le régime parlementaire à l'échelle américaine, traverse en effet depuis quelques années une **crise grave**, « la crise majeure de son histoire » comme l'observait en 1965 la commission royale d'enquête sur le bilinguisme et le biculturalisme. La situation actuelle ne permet guère de prévisions sur son évolution.

Le retour au pouvoir du parti libéral en 1963 s'était déjà traduit par l'organisation de négociations fédérales-provinciales, afin de déboucher sur une réforme constitutionnelle d'ensemble.

La nouvelle victoire du parti de M. Trudeau aux élections du 18 février 1980, après un éphémère gouvernement conservateur,

ainsi que les résultats négatifs du référendum québécois de juin 1980 sur la souveraineté politique-association économique ont ranimé ce débat qui s'est traduit récemment par de nouvelles discussions sur une répartition rénovée des compétences entre Etat fédéral et provinces.

Dès le mois de juin 1980, M. Trudeau réunissait les chefs des gouvernements provinciaux pour préparer les négociations constitutionnelles qui devaient durer tout l'été. Elles ont constitué l'arrière-plan politique tout au long de la visite de notre délégation.

Ce que l'on a appelé la « conférence de la dernière chance », la seizième du genre depuis 1927, qui devait mettre fin à 53 ans de consultations infructueuses et qui réunissait autour du Premier ministre les chefs des dix provinces, s'est toutefois terminée en septembre dernier par un constat d'échec.

A la traditionnelle coupure en deux du pays sur une base linguistique, s'ajoute une coupure nouvelle et croissante entre Est et Ouest sur une base économique. Les provinces de l'Ouest veulent en effet obtenir la propriété exclusive de leurs ressources naturelles. Si la constitution canadienne est encore actuellement une loi du Parlement britannique, c'est que les provinces ne veulent pas autoriser Ottawa à « rapatrier » la loi fondamentale aussi longtemps qu'elles n'auront pas obtenu des garanties sur la répartition des pouvoirs entre les deux niveaux de gouvernement et sur leur participation au processus de révision constitutionnelle.

L'unité de la Fédération reste donc menacée et, s'il existe bien un nationalisme québécois dont la vitalité n'est plus à démontrer, le nationalisme canadien, lui, reste encore à définir.

Il serait injuste, toutefois, de ne pas souligner que, parmi les interlocuteurs rencontrés par notre délégation, beaucoup s'affirment sincèrement canadiens et expriment leur désir profond que demeure l'unité nationale, ne serait-ce que pour mieux témoigner de leur singularité.

— La constitution canadienne et le partage des compétences.

La Fédération canadienne comporte, on le sait, dix provinces et deux territoires. Sa constitution a été fixée par l'Acte de l'Amérique du Nord britannique de 1867 et les amendements qui l'ont complété : son application doit cependant beaucoup à l'existence de conventions constitutionnelles, à l'interprétation judiciaire et à l'usage (1).

(1) Maurice Croisat. *Le Fédéralisme canadien et la question du Québec*. Editions Anthropos, 1979.

La souveraineté canadienne est totale, à l'exception du pouvoir demeurant au Parlement de Londres de modifier, parce qu'il s'agit d'une loi du Parlement britannique, les articles essentiels de l'Acte constitutionnel, qui définissent précisément l'essence du système fédéral. Si seul, donc, le Parlement du Royaume-Uni peut promulguer des amendements constitutionnels, la coutume veut cependant que la promulgation n'intervienne qu'à la demande du Gouvernement canadien.

Notons que le souverain britannique conserve en théorie certaines prérogatives de nature exécutive qu'il exerce par l'intermédiaire du gouverneur général.

Nous ne ferons que rappeler l'essentiel des institutions qui s'inspirent très largement du régime britannique, préférant mettre l'accent sur le problème du partage des compétences.

— Le pouvoir exécutif est exercé par le cabinet dirigé par le Premier ministre, présentement M. Trudeau, chef du parti majoritaire, actuellement le Parti libéral. Le cabinet comprend une trentaine de ministres et partage avec le Parlement l'initiative des lois.

— Le Parlement est bicaméral, comme il est fréquent dans un état fédéral. Il comprend une Chambre des communes élue au suffrage universel pour cinq ans et qui détient la réalité du pouvoir législatif et du contrôle gouvernemental et un Sénat dont les membres sont nommés par le Gouvernement sans limitation de durée de mandat si ce n'est une limite d'âge fixée à 75 ans.

— Les provinces s'administrent elles-mêmes, chacune d'entre elles élisant son assemblée dont émane son gouvernement. C'est également un régime parlementaire de type britannique qui s'observe à l'intérieur de chaque province, facilité le plus souvent par l'existence du bipartisme.

L'objet essentiel de la répartition des pouvoirs entre le Gouvernement fédéral et des gouvernements provinciaux a été de conférer au Gouvernement fédéral la compétence dans tous les domaines d'intérêt général et national et de donner aux gouvernements provinciaux la compétence pour toutes les questions d'intérêt local.

Cette délimitation des compétences, effectuée par l'Acte de 1867 et fréquemment précisée, a été complétée, en outre, par des décisions et interprétations judiciaires au fur et à mesure de l'apparition et du développement de nouveaux domaines d'intervention de la puissance publique. Elle est essentiellement marquée par le pragmatisme et la souplesse.

Particulièrement complexe pour l'observateur français habitué au centralisme étatique et parisien, elle est, en outre, on l'a dit, actuellement soumise à un nouvel examen qui devrait permettre d'accroître encore l'autonomie des provinces.

Globalement, et dans l'état actuel du droit et des faits, l'Etat fédéral détient la plénitude de compétence sur certains secteurs de la législation, liés à l'exercice de la souveraineté nationale ou à la nécessité de garantir aux citoyens des droits identiques.

D'autres domaines sont l'objet d'une compétence concurrente. Sur d'autres enfin, les provinces exercent une plénitude de responsabilité.

Dans le secteur sanitaire et social qui est celui qui nous intéresse ici, prédomine le principe de la responsabilité provinciale.

- **En matière sanitaire et sociale, une compétence essentiellement provinciale et une collaboration croissante avec le Gouvernement fédéral.**

— *Le principe initial de la compétence provinciale.*

En 1867, les pouvoirs publics ne participaient et ne s'intéressaient que peu aux services de soins et de bien-être, l'individu s'appuyant essentiellement sur ses propres ressources et celle de son groupe familial. Les hôpitaux étaient alors administrés et subventionnés par des organismes privés de charité ou des communautés religieuses.

Comme l'Etat jouait, en cette période de libéralisme, un rôle fort modeste, il est évident que la santé et la protection sociale ne pouvaient prendre une part importante dans les discussions qui ont abouti à la Fédération et à la rédaction de l'Acte de l'Amérique du Nord britannique. On ne pouvait guère alors prévoir l'ampleur et les développements que connaîtrait l'organisation des soins dans une société urbaine industrialisée, non plus que les progrès médicaux ni la somme considérable de dépenses publiques qui serait requise pour maintenir un haut niveau de soins.

Les seules dispositions portant spécifiquement sur les questions sociales dans la répartition des pouvoirs législatifs aux termes de l'Acte de 1867 prévoient que le Parlement du Canada aura compétence en matière de quarantaine, d'établissement et de maintien des hôpitaux de marine, et que les législatures provinciales seront chargées de « l'établissement, l'entretien, et l'administration des hôpitaux, asiles, institutions et hospices de charité dans la province, autres que les hôpitaux de marine ».

Dans le contexte de l'époque cette dernière disposition était probablement destinée à englober la plupart des services de santé. De plus, comme les provinces avaient en général compétence en « toutes les matières d'une nature purement locale ou privée », il est probable que ce pouvoir englobait le domaine des soins, étant donné que la compétence des provinces en matière d'« institutions municipales » offrait un moyen pratique de traiter ces questions.

La distribution des soins de santé, de même que celle des services de bien-être ont donc été traditionnellement reconnues comme une question essentiellement de ressort provincial.

Nous verrons, dans la partie historique consacrée à la naissance et au développement des programmes sociaux, comment les provinces ont effectivement mis progressivement sur pied des politiques sociales souvent très complètes et comment, au cours des années, de nombreux programmes fédéraux sont venus prendre en charge une certaine part de responsabilités à cet égard.

Cet aspect fortement **décentralisé** des actions menées et la compétence somme toute relativement résiduelle des autorités fédérales, tout au moins jusqu'aux récentes décennies, sont difficilement pénétrables pour un esprit français plus enclin à penser que les politiques provinciales ne peuvent que compléter ou préciser une politique définie et programmée au sommet.

— *Une collaboration croissante des provinces avec les autorités fédérales.*

Rare exemple de structure fédérale où se constate un renforcement des pouvoirs « locaux » au détriment de l'unité « centrale », le Canada est le lieu d'une floraison de structures de liaisons souples et pragmatiques entre les divers ordres de Gouvernement, qui ne peuvent plus, à l'évidence, exercer les attributions qui leur sont assignées sans tenir compte de l'action des autres administrations.

Se multiplient ainsi, à titre temporaire ou permanent, des conseils ou comités, fédéraux-provinciaux, inter-provinciaux, etc., chargés de poser les bases d'une collaboration devenue indispensable.

En matière *sociale*, et en matière de santé notamment, étant donné que les gouvernements fédéral et provinciaux se partagent les responsabilités, une structure officielle a été établie pour encadrer cette collaboration. Elle comprend la *Conférence des ministres de la Santé*, la *Conférence des sous-ministres de la Santé*, des *comités consultatifs* fédéraux-provinciaux, des services de soins en internat, des services de soins communautaires, de la promotion de la santé et des modes de vie, de l'hygiène mentale et professionnelle et de la main-d'œuvre sanitaire. La Conférence des ministres se réunit une fois l'an, celle des sous-ministres deux fois par an. Les cinq comités consultatifs facilitent le travail des ministres et sous-ministres et peuvent constituer des groupes de travail pour approfondir certains sujets.

Globalement, on le verra, l'impossibilité constitutionnelle, sanctionnée par le juge, de légiférer au niveau fédéral dans des matières

réservées aux provinces, a entraîné le développement d'un système par lequel le Gouvernement fédéral verse des subventions à celles des provinces qui acceptent d'adopter des mesures législatives en respectant les normes et critères édictés d'un commun accord au sein des conférences fédéral-provinciales.

Ces programmes à coûts partagés seront examinés plus loin ; ils **témoignent, à travers les structures fédérales, de la volonté commune de mettre sur pied un système social très largement harmonisé d'une province à l'autre, sans diminution de l'autonomie de celles-ci.**

— *Le développement des compétences fédérales. Programmes et services fédéraux.*

Si l'administration des services de santé est principalement du ressort des gouvernements provinciaux, qui délèguent d'ailleurs en la matière une part considérable de leurs pouvoirs aux autorités locales et régionales, le Gouvernement fédéral s'intéressa toutefois à la question dès 1867.

Par le biais de diverses dispositions de l'Acte constitutionnel lui octroyant certaines responsabilités en la matière, il devait progressivement étendre ces compétences jusqu'à établir une collaboration réelle et jouer un rôle d'impulsion très notable.

On retiendra les éléments essentiels des responsabilités expressément fédérales qui ont pu servir de base à une extension des compétences.

1. La quarantaine et l'établissement et maintien des hôpitaux de marine.

Aux termes mêmes de l'Acte de 1867, le Gouvernement fédéral devait assumer, on l'a signalé, les services de *quarantaine* afin de réduire les risques d'introduction de maladies transmissibles venant de certains pays étrangers ; il se dota à cet effet de personnel médical, infirmier et d'hygiène publique dans chaque port et aéroport.

Dans les mêmes conditions, il put, dès le début de la Confédération, percevoir des droits de tonnage pour couvrir les coûts des hôpitaux de marine et le « traitement et soulagement des marins en détresse ».

2. *Les Indiens et les terres réservées aux Indiens.*

Cette compétence, accordée au Parlement du Canada par l'Acte de l'Amérique du Nord, a permis au Gouvernement fédéral de dispenser des services de santé aux Indiens. Toutefois, la législation fédérale à ce sujet n'est pas incompatible avec l'application de lois provinciales concernant les mêmes services sanitaires destinés aux Indiens et aux autres résidents d'une province.

3. *Le Yukon et les territoires du Nord-Ouest.*

Un amendement constitutionnel, de 1871, stipule que « le Parlement du Canada pourra de temps à autre établir des dispositions concernant la paix, l'ordre et le bon gouvernement de tout territoire ne formant pas alors partie d'une province ». Cette disposition a permis au Gouvernement fédéral d'assurer des services sanitaires pour la population du Yukon et des territoires du Nord-Ouest.

4. *La loi criminelle.*

L'Acte de l'Amérique du Nord accorde au Parlement du Canada compétence sur « la loi criminelle, sauf la constitution des tribunaux de juridiction criminelle, mais y compris la procédure en matière criminelle ». Le Gouvernement fédéral a invoqué ce pouvoir dans l'application de mesures répressives destinées à protéger la santé des Canadiens, mesures qui figurent dans la loi des aliments et drogues, la loi sur les stupéfiants et la loi sur les spécialités pharmaceutiques ou médicaments brevetés qui constituent autant de programmes gérés désormais par le ministère de la Santé nationale et du Bien-être.

5. *L'immigration.*

Le même Acte de 1867 accorde aux législatures provinciales des pouvoirs analogues à ceux du Gouvernement central en matière d'immigration, à condition que la législation fédérale ait primauté sur la législation provinciale. Cette disposition, en plus du pouvoir sur la quarantaine, a autorisé le Gouvernement fédéral à s'occuper des services de santé de l'immigration.

6. *Les affaires internationales.*

L'Acte de l'Amérique du Nord britannique ne renferme aucune disposition quant à la compétence en matière d'affaires extérieures.

Ces pouvoirs étaient originairement l'apanage du gouvernement britannique mais ils furent confiés plus tard au Gouvernement du Canada. Bien que le Gouvernement fédéral soit autorisé à agir au nom du Canada dans le domaine des affaires extérieures, les provinces, étant donné leurs responsabilités constitutionnelles, sont autorisées, de par la loi, à s'occuper des questions sanitaires. La collaboration entre le Gouvernement fédéral et les provinces est donc essentielle dans le secteur de la santé internationale où le Gouvernement fédéral n'a pas de compétence spécifique en matière de réglementation.

7. Les statistiques.

L'Acte précité, accordant au Parlement du Canada compétence en matière de statistique, a permis au Gouvernement fédéral de participer au recueil, à l'analyse et à la diffusion des données et des statistiques sur la santé.

8. La milice, le service militaire et le service naval, et la défense du pays.

Le texte de 1867, plaçant ces éléments sous la compétence fédérale, a permis au Gouvernement fédéral d'assurer des services sanitaires aux forces canadiennes et aux anciens combattants.

9. L'établissement, le maintien et l'administration des pénitenciers.

En vertu du même Acte, ce domaine relève de la compétence fédérale et permet au Gouvernement d'assurer des services sanitaires aux détenus des pénitenciers fédéraux.

10. La paix, l'ordre et le bon gouvernement : pouvoir connexe et résiduel.

L'Acte de 1867 enjoint de façon générale au pouvoir fédéral « de faire des lois pour la paix, l'ordre et le bon gouvernement du Canada, relativement à toutes les matières ne tombant pas dans les catégories de sujets par le présent acte exclusivement assignés aux législatures des provinces ». Ce pouvoir, de même que les pouvoirs relatifs aux questions de compétence fédérale exclusive, a permis au Gouvernement central de participer à certains programmes, notamment la santé des fonctionnaires fédéraux, la médecine de l'aviation civile, la radioprotection et les services de santé d'urgence.

11. *Le pouvoir de dépense.*

Outre le pouvoir de légiférer accordé au Parlement du Canada dans les domaines précités, la Constitution, en vertu de l'interprétation des tribunaux, confère au Gouvernement le pouvoir de recourir au fonds de revenu consolidé pour l'achat de quelque article que ce soit, à condition que le décret autorisant la dépense en question ne relève pas de la compétence provinciale.

Par suite, le « pouvoir de dépense » du Parlement en vertu de la Constitution a permis à ce dernier de verser des fonds aux provinces et aux particuliers dans des secteurs où il ne possède que peu ou pas de pouvoir de réglementation, notamment, on le verra, l'assurance hospitalisation, l'assurance maladie, la Caisse d'aide à la santé, les subventions à la santé de toutes sortes ainsi que la santé et le sport amateur. Il a également habilité le Gouvernement fédéral à entreprendre des recherches et à fournir des services de renseignements, de même que des services consultatifs.

Cette participation financière, qui aboutit à un partage des coûts, revêt aujourd'hui une importance considérable et peut s'analyser comme un des éléments essentiels de la collaboration fédérale-provinciale, et permet ainsi d'assurer un système uniforme de soins médicaux et de prestations pour tous les Canadiens.

● Parallèlement à l'extension des compétences, à l'origine très résiduelles, se sont notablement développés **des services d'administration fédérale.**

Un premier ministère de la Santé fut créé en 1919 pour administrer les normes et services sanitaires financés par le Gouvernement fédéral. En 1929, les responsabilités d'ordre législatif furent dévolues au ministère des Pensions et de la Santé nationale. Finalement, le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, responsable des premiers programmes fédéraux de bien-être social, vit le jour en 1944.

Près de quarante ans après sa création, et malgré le rôle limité du Gouvernement fédéral, le Ministère, qui a présentement à sa tête Mme Monique Begin, se trouve gérer des activités importantes et multiples élaborées, au cours des années, en collaboration avec les provinces pour faire face à l'évolution constante des besoins des Canadiens.

Le Ministère dispose actuellement de plusieurs directions et regroupe, au total, plus de 10.000 personnes. Il se voit confier chaque année **le tiers environ du budget fédéral total** pour gérer un certain nombre de programmes définis par diverses lois.

S'agissant des programmes de santé, le Ministère comprend quatre directions générales administrant les programmes fédéraux qui s'y réfèrent :

- une Direction générale de la *protection de la santé* ;
- une Direction générale des services *médicaux* ;
- une Direction générale des services de *promotion de la santé* ;
- une Direction générale de la *santé et du sport amateur*.

S'agissant de l'amélioration et du maintien d'un haut niveau de sécurité sociale au Canada, « le bien-être », le Ministère comprend deux directions générales :

- la Direction générale des programmes des services sociaux ;
- la Direction générale des programmes de la sécurité des revenus.

Les budgets de ces deux directions générales représentent environ 80 % du budget du Ministère et 20 % du budget total du Gouvernement. C'est dire l'importance de l'effort social du Canada.

PREMIÈRE PARTIE

L'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE AU CANADA : LES GRANDS PROGRAMMES A COUT PARTAGÉ ET LES PROGRAMMES A RESPONSABILITÉ FÉDÉRALE

La complexité de la mise en œuvre des programmes sociaux largement entendus et englobant les régimes publics d'assurance maladie, de sécurité du revenu et les services divers permettant de faire face aux difficultés d'ordre individuel et social, s'éclaire si on en retrace brièvement l'histoire (1). Il témoigne des approches successives du problème.

Le système actuel de protection sociale comprend un certain nombre de régimes distincts qui utilisent, on le verra, des techniques très différentes relevant soit de l'assurance, soit de l'assistance, soit d'un principe de versements forfaitaires, uniformes et « universels », soit de la notion de revenu garanti ou se concrétisant encore par des prestations directes ou indirectes de services. Ces mesures ont évolué lentement et continuent de le faire parallèlement aux mutations constitutionnelles, politiques, financières, économiques et sociales. Elles ont permis la mise en place d'un équipement technique très perfectionné.

(1) Nous emprunterons de nombreux éléments de ce descriptif à une remarquable brochure « La sécurité sociale au Canada » - Information Canada 1974.

I. — NAISSANCE ET DÉVELOPPEMENT DES PROGRAMMES SOCIAUX

On constatera que, si en raison des principes constitutionnels énoncés le Canada, contrairement à la plupart des pays, n'a pas élaboré de régime national en matière sociale, les Canadiens bénéficient cependant de programmes nationaux, essentiellement du fait de la concordance des régimes provinciaux qui présentent des analogies fondamentales quant aux critères et à l'ampleur des services à accorder.

A. — Un souci croissant de protection de la santé : le développement de l'assurance maladie.

Dès les premiers temps de l'histoire du Canada, s'amorcent certaines formes d'assurance maladie. On cite fréquemment l'exemple de ce médecin de Montréal qui, en 1665, offrait à quelques familles de la ville une forme d'assurance par versements anticipés. En 1883, les mineurs du Cap-Breton bénéficiaient de même d'un système de protection médicale et hospitalière financé par des retenues obligatoires.

Le développement de la notion d'assurance maladie ne remonte cependant qu'à la Première Guerre mondiale et a d'abord concerné les services hospitaliers.

1. *La naissance du concept d'assurance maladie et sa première réalisation par la loi sur l'assurance hospitalisation.*

En 1916, la province de la Saskatchewan fit l'un des premiers pas en adoptant la loi « Union hospital Act » qui rompait avec la tradition de la responsabilité municipale en matière de soins hospitaliers. La loi permettait aux municipalités de se constituer en districts hospitaliers pour entretenir les hôpitaux et en construire de nouveaux. L'année suivante, une nouvelle loi leur permit de percevoir des impôts afin de financer un régime de soins hospitaliers pour tous ou la plupart de leurs habitants.

En 1946, cette province comptait plus d'une centaine de ces régimes locaux.

Le Manitoba et l'Alberta suivirent cet exemple et établirent, dans les années vingt, des régimes municipaux d'hospitalisation.

Il fallut cependant attendre la grande crise économique qui suivit pour que les gouvernements provinciaux estiment nécessaire d'intervenir pour assurer aux citoyens, sur une grande échelle, les soins et services appropriés. Au cours de cette période, furent ainsi créés de nombreux programmes d'assistance publique qui couvraient certains frais médicaux pour les seuls indigents.

Les nombreuses enquêtes et études entreprises avant la Seconde Guerre mondiale témoignent de l'intérêt soutenu que suscitait le concept d'assurance maladie. Une commission de la Chambre des communes avait étudié, en 1928, plusieurs mesures de sécurité sociale l'incluant. En 1935, fut même adoptée une loi qui aurait permis au Gouvernement fédéral d'administrer directement un régime de santé national et de bien-être social financé par le versement de cotisations. Elle fut contestée et jugée inconstitutionnelle par les tribunaux, ce qui entérina la responsabilité provinciale en la matière.

Avant et pendant la Seconde Guerre mondiale, plusieurs provinces tentèrent sans succès de faire adopter des mesures législatives sur l'assurance maladie. Mais, pour diverses raisons, aucune des lois ne fut promulguée. Il fallut donc, pendant cette période, recourir à l'assurance commerciale privée ou à des régimes de prévoyance, parrainés par les hôpitaux ou certaines associations, selon un système comparable à la Croix Bleue américaine.

En 1942, le Gouvernement fédéral créa toutefois un comité consultatif sur l'assurance maladie, qui présenta son rapport et ses propositions en 1943.

Une formule d'assurance maladie basée sur ces travaux fut ajoutée aux propositions fédérales présentées en 1945 à la Conférence fédérale provinciale sur la Reconstruction. Elle comprenait une offre d'aide financière aux provinces afin de leur permettre d'administrer un programme complet d'assurance maladie de portée nationale, dont l'introduction aurait été progressive. Un désaccord sur les arrangements fiscaux empêcha l'acceptation de l'offre globale faite aux provinces dont l'assurance maladie n'était qu'un élément.

La Saskatchewan décida alors d'agir seule et adopta, en 1946, une loi sur l'hospitalisation, qui constitua le premier programme obligatoire parrainé par une province et qui prévoyait et assurait les soins et services hospitaliers à toute la population.

En 1949, la Colombie britannique et l'Alberta instaurèrent de même leurs propres régimes d'assurance hospitalisation. C'est la même

année que Terre-Neuve entra dans la Fédération. Elle comptait déjà quinze années d'expérience en ce domaine avec son régime subventionné de services hospitaliers.

Ce fut en 1955, avec la généralisation de l'intérêt porté à la question de l'assurance maladie que les provinces demandèrent que le sujet soit discuté à la Conférence fédérale-provinciale de cette année-là. Le Gouvernement fédéral s'y trouva disposé à accorder son assistance financière aux régimes d'assurance maladie. Il présenta aux provinces, en 1956, des propositions concrètes sur ce point, prévoyant notamment l'institution d'un régime d'assurance maladie progressif donnant la priorité à l'assurance hospitalisation.

La première loi fédérale qui concrétisa ces propositions fut la loi sur l'assurance hospitalisation et les services diagnostiques de 1957 qui partage entre le Gouvernement fédéral et les provinces le coût de certains services hospitaliers offerts aux assurés.

Quatre provinces, on l'a dit, possédaient déjà leurs propres régimes au moment où la loi fut votée. Elles conclurent des accords corollaires en 1958, tout comme le Manitoba, l'île du Prince-Edouard, la Nouvelle-Ecosse, le Nouveau-Brunswick, l'Ontario, en 1959, les deux territoires en 1960 et le Québec en 1961. A l'heure actuelle, l'assurance hospitalisation couvre plus de 99 % de la population.

2. La généralisation du concept par la loi sur l'assurance médicale.

Elle s'amorça également très tôt au Canada, avec, notamment, au siècle passé, le système de retenue obligatoire pratiqué par certaines sociétés forestières et minières. Il fallut toutefois attendre le xx^e siècle pour que se généralise l'application du système, après l'essor dans tout le pays des formules d'assurance hospitalisation.

Dès 1914, une municipalité de la Saskatchewan institua une forme d'assurance maladie en versant à un médecin des honoraires afin qu'il exerce dans la région. Deux ans plus tard, la province adopta une loi permettant aux municipalités rurales de percevoir un impôt foncier dans le but de payer de semblables honoraires médicaux. La mesure encouragea l'établissement de nombreux médecins et l'on comptait une centaine de régimes semblables en 1946. Le Manitoba, en 1921, l'Alberta, en 1926, suivirent ce même exemple.

Au cours des années 20 et 30, ce furent des sociétés commerciales qui s'attachèrent le plus activement à répandre l'assurance médicale sur les autres points du territoire. Terre-Neuve, qui ne faisait pas encore partie de la Fédération, créa cependant son propre système en 1934.

Divers régimes privés parrainés par des médecins furent également créés localement en Ontario et dans la Saskatchewan.

Dans les années 40, plusieurs programmes semblables virent le jour dans tout le pays, ils offraient une couverture presque complète des honoraires de médecins, en rétribuant directement les praticiens-participants qui fournissaient les services assurés sans que le malade ait à déboursier quoi que ce soit au moment de la consultation.

Les tentatives des divers gouvernements visant à faire adopter des mesures législatives en la matière influencèrent inévitablement l'évolution de l'assurance médicale, particulièrement après que la décision d'ordre constitutionnel prise en 1935 par les tribunaux eut confirmé la compétence des gouvernements provinciaux en ce domaine.

On se souvient du rejet des propositions fédérales à la Conférence fédérale provinciale de 1945. En 1948, cependant, une partie des propositions fédérales, les subventions nationales à la santé, fut exhumée. Définies comme les « conditions préalables fondamentales d'un système d'assurance maladie à l'échelon national », elles permirent de renforcer les services sanitaires traditionnels en libérant des crédits pour la construction d'hôpitaux, la formation de personnel, l'hygiène mentale, la santé maternelle et infantile, etc.

Les provinces, quant à elles, commencèrent, comme pour l'assurance hospitalisation, à prévoir des mesures en faveur des indigents, afin de leur assurer la gratuité de la plupart des soins. Il en fut ainsi en 1931 et 1949 en Colombie britannique, en 1932 et 1935 en Ontario, en 1945 dans la Saskatchewan, en 1947 en Alberta, etc.

Pour les personnes autres que les assistés sociaux, n'existait, en 1958, quasiment aucune assurance médicale complète assurée par les gouvernements provinciaux. L'entrée en vigueur de la loi sur l'assurance hospitalisation, qui excluait les assureurs privés, incita beaucoup de citoyens à vouloir s'assurer également contre les frais médicaux. L'industrie de l'assurance, par ailleurs, commença à chercher de nouveaux secteurs d'activité pour remplacer celui qu'elle venait de perdre. 70 % de la population eut ainsi recours à des assurances privées inspirées des régimes de services médicaux à but non lucratif.

En 1965, la commission royale d'enquête sur les Services de santé, constituée en 1961 et présidée par M. E.B. Hall, présenta un rapport qui devait constituer l'évaluation la plus détaillée des services de santé canadiens. Elle y estimait que la protection assurée jusqu'alors était totalement insuffisante et recommandait que le Gouvernement fédéral prenne rapidement une initiative en la matière et y apporte son concours financier, en laissant toutefois les leviers de commande aux gouvernements provinciaux, par voie de décentralisation. La Commission préconisa des normes générales

dans le cadre des dispositions fédérales mais estima qu'il fallait laisser à chaque province suffisamment de latitude pour l'établissement de son propre régime.

Sur ces entrefaites, dans les années 60, la Saskatchewan fut, une fois encore, la première province à appliquer un régime obligatoire d'assurance médicale établi sous l'égide du Gouvernement dont les principes de base étaient les suivants : paiement anticipé (1) des cotisations, une garantie universelle (2), la qualité élevée des services, une administration par un organisme public responsable devant l'assemblée législative et régime applicable tant pour les promoteurs que pour les bénéficiaires des services. Les médecins furent d'abord très réticents voire hostiles. Ce n'est qu'à la suite de concessions mutuelles que le système put se mettre en place. Le régime définitif assurait tous les services médicaux nécessaires y compris les méthodes de diagnostic et s'appliquait à plus de 93 % de la population.

Avant l'introduction du programme fédéral, trois autres provinces avaient ainsi adopté certaines mesures législatives mais qui n'allaient pas aussi loin que celles de la Saskatchewan, s'agissant notamment de la condition d'universalité.

L'Alberta réglementa, en 1963, les types de contrat de compagnies privées, limitait le montant des primes et prévoyait un système de subventions partielles pour les plus démunis. En 1966, plus de 70 % de la population avait souscrit à cette formule d'assurance.

En 1965, le régime d'assurance médicale du gouvernement de Colombie britannique offrit une assurance individuelle d'origine publique pour suppléer à la faillite du seul assureur privé. Des subventions partielles de soutien étaient également prévues mais les assistés sociaux étaient assurés séparément selon une échelle de prestations moins élevées.

Le régime d'assurance médicale de l'Ontario, en 1966, connut une évolution identique, mais en couvrant toutefois la plupart des assistés qui touchaient ainsi les mêmes prestations. En 1967, l'Alberta se rallia à un régime semblable.

C'est au cours de l'été 1965 enfin, qu'une nouvelle proposition fédérale, inspirée des recommandations de la commission Hall, fut présentée à une conférence fédérale provinciale.

Le Premier ministre proposa l'application universelle d'un programme complet de services médicaux à administration publique et dont les prestations seraient transférables d'une province à l'autre. Le Gouvernement fédéral se déclara prêt, sous réserve de l'accord

(1) Ce qui est conforme au principe de l'assurance.

(2) C'est-à-dire couvrant toute la population.

des provinces, à rembourser à celles qui appliqueraient un régime d'assurance médicale la moitié du coût national moyen des services assurés pour chaque résident, pourvu que les provinces respectent certaines normes.

La loi fédérale sur les soins médicaux fut adoptée en 1966 et entra en vigueur le 1^{er} juillet 1968. La Saskatchewan et la Colombie britannique adhèrent immédiatement au programme. Terre-Neuve, la Nouvelle-Ecosse, le Manitoba, l'Alberta et l'Ontario s'y rallièrent en 1969 ; le Québec et l'île du Prince-Edouard en 1970 ; le Nouveau-Brunswick et les deux territoires en 1971 et 1972.

La même conférence fédérale provinciale de 1965 étudia également un programme selon lequel le Gouvernement fédéral partagerait le coût de certains régimes globaux de bien-être social et aborda notamment la question d'un programme de services médicaux supplémentaires pour indigents. *Le régime d'assistance publique du Canada*, qui devait en découler, entra en vigueur en 1966. Tout en s'attachant principalement aux services de bien-être social d'un point de vue de prévention et de réadaptation, le régime prévoyait de même un *partage des coûts* d'autres services de santé pour indigents, à condition que ces services ne soient pas couverts par l'un des régimes d'assurance maladie.

B. — Le développement d'une politique de sécurité du revenu et de bien-être social.

Trois périodes peuvent être distinguées dans l'évolution de la protection sociale.

1. Au cours d'une première étape, qui va jusqu'à la Première Guerre mondiale, les mesures de sécurité sociale furent peu nombreuses et se développèrent lentement, traduisant surtout la nature locale et régionale des besoins sociaux et économiques d'alors. Vinrent s'ajouter progressivement des programmes gouvernementaux plus complets, comme certaines lois provinciales sur le bien-être de l'enfance, la propriété ou le contrôle des établissements de santé mentale ou destinés aux aveugles et sourds. La loi sur les rentes viagères de 1908 marqua quant à elle les débuts d'une législation fédérale en matière de sécurité de la vieillesse.

2. Une seconde période couvre la Première Guerre mondiale et l'entre-deux guerres. L'industrialisation rapide qui l'accompagne, les difficultés économiques et sociales des années 30 et l'exode des

populations rurales vers les centres urbains accrurent l'ampleur des besoins sociaux et économiques et changèrent leur nature : de locaux, ils devinrent régionaux voire nationaux. Cette évolution, ainsi que le coût croissant des mesures de sécurité sociale, trop onéreux pour les autorités locales, firent passer le domaine de la sécurité sociale du niveau local aux niveaux provincial et fédéral. Si les progrès en la matière ne furent guère spectaculaires, un certain nombre de programmes importants furent mis en application, notamment les régimes provinciaux d'indemnisation des accidents du travail et d'allocations aux mères ainsi que la disposition fédérale provinciale relative aux pensions de vieillesse.

L'un des premiers éléments pour la mise au point d'un programme de sécurité sociale moderne a été en effet l'*introduction en Ontario, en 1914 de la loi sur les accidents du travail*. Elle englobait les principes de la responsabilité collective et de l'assurance d'Etat et amorçait une nouvelle façon d'aborder la protection des ouvriers atteints d'invalidité ou de maladies ou décédés par suite d'accidents professionnels, en prévoyant des prestations médicales et financières au cours de la période d'incapacité ainsi qu'un effort en matière de prévention des accidents.

Le modèle législatif inspira d'autres provinces. Un autre pas important dans ce même domaine fut la création, en Ontario toujours, d'un service complet de réadaptation pour les travailleurs invalides, imité de même par d'autres provinces. Soulignons, sur ce point, l'effort que notre délégation a pu constater en Ontario en ce qui concerne l'ensemble des personnes handicapées.

C'est au cours de cette même période que fut institué le *premier programme provincial d'allocations aux mères nécessiteuses*, en 1916, au Manitoba tout d'abord, puis dans d'autres provinces.

La loi sur les *pensions de vieillesse de 1927* représente, quant à elle, la première intervention fédérale importante dans le domaine de la sécurité du revenu. Le programme prévoyait une participation du Gouvernement fédéral au financement des pensions versées par les provinces aux personnes de soixante-dix ans et plus qui satisfaisaient à des conditions de ressources. La loi s'inspirait de mesures adoptées auparavant au Danemark, en Nouvelle-Zélande, en Australie et au Royaume-Uni, en adaptant la formule au contexte fédéral, puisque des subventions ne sont offertes aux provinces qu'à condition qu'elles adoptent les dispositions législatives appropriées.

Au cours des années suivantes, la formule inspira des dispositions semblables sur les allocations aux aveugles (1937), l'assistance vieillesse dès l'âge de soixante-cinq ans (1971) et les allocations aux personnes atteintes d'invalidité permanente et complète (1954).

L'importance du chômage durant la grande crise accéléra d'autre part la mise en place de *diverses mesures d'assistance chômage*,

les provinces demandant au Gouvernement fédéral d'intervenir pour aider les autorités provinciales et municipales à faire face aux dépenses très lourdes entraînées par cette situation. Le Gouvernement fédéral décida alors d'établir un *régime national d'assurance chômage*, mais la loi votée en 1935 fut invalidée en 1937 parce qu'elle dépassait les pouvoirs du Parlement fédéral. Grâce à l'adoption d'une modification constitutionnelle donnant au Parlement fédéral compétence en la matière, une loi fédérale fut enfin adoptée en 1940 qui prévoyait en outre la création d'un service national de placement. Pour l'essentiel, elle s'inspirait de la conception britannique de l'assurance sociale avec une contribution tripartite, de l'employeur, des salariés et du Gouvernement. Elle prévoyait par contre un système de prestations progressives plutôt que des prestations à taux uniforme du régime anglais.

3. C'est au cours de la *troisième période*, c'est-à-dire depuis la Seconde Guerre mondiale, que la sécurité sociale a pris vraiment son ampleur, soutenue par une expansion industrielle et une croissance économique importante.

Une nouvelle conception de la sécurité du revenu s'imposa et de nouveaux régimes furent introduits, prévoyant des *prestations « universelles »* et une redistribution des revenus, d'une part aux familles, d'autre part aux personnes âgées.

Dans ce domaine de la *garantie des revenus aux personnes âgées*, le Canada a, en effet, suivi l'exemple de la Nouvelle-Zélande et de la Suède en assurant (loi de 1951) une pension de sécurité de la vieillesse à un taux uniforme à toute personne de soixante-cinq ans et plus, la pension n'étant assujettie qu'à une durée minimale de résidence.

Pour compléter ces régimes accessibles à tous, le Parlement institua, en 1965, le *régime des pensions du Canada*, régime global d'assurance prévoyant des pensions de retraite, des pensions d'invalidité et des pensions pour survivants. Conformément aux principes du fédéralisme, le régime ne s'applique que dans les provinces qui n'auraient pas établi un système similaire. La province du Québec ayant établi sa Régie des rentes, les deux régimes sont coordonnés de manière que le système des pensions contributives fonctionne à l'échelle nationale.

Dans ce même domaine, une autre loi fut adoptée en 1966 pour assurer un *supplément de revenu garanti à tous les bénéficiaires d'une pension de sécurité de la vieillesse* qui, en raison de leur âge, ne pouvaient bénéficier des prestations du régime des pensions du Canada ou de la Régie des rentes du Québec.

Au cours des années 30, le Gouvernement fédéral a versé, on l'a dit, aux provinces des subventions pour les aider à acquitter le

coût du chômage. Au cours des années 50, il devint nécessaire d'assurer une protection plus importante que celle fournie par le régime fédéral mis en place. Deux palliatifs furent utilisés : le régime fut d'abord élargi pour s'appliquer à ceux qui avaient épuisé leurs prestations en raison du chômage saisonnier et pour toucher de nouveaux groupes de salariés. D'autre part, en 1956, fut introduit un *régime fédéral d'assistance chômage* en vertu duquel le gouvernement fédéral partageait la moitié du coût des versements provinciaux d'assistance à certains chômeurs. La loi fut ultérieurement modifiée pour concerner les chômeurs inaptes au travail.

L'événement essentiel, dans le domaine de l'assistance publique, est l'adoption, en 1966, du *régime d'assistance publique du Canada*, destiné à remplacer la loi sur l'assistance chômage.

En vertu de ce programme, le gouvernement fédéral fournissait les moyens d'intégration, d'élargissement et d'amélioration des programmes d'assistance provinciaux et municipaux et encourageait l'extension et le développement des services de bien-être. Alors qu'il existait auparavant quatre régimes fédéraux-provinciaux — pour les personnes âgées, les aveugles, les invalides et les chômeurs — les provinces pouvaient dès lors, dans le cadre du régime d'assistance publique du Canada, combiner ces régimes en un seul. Pour la première fois, en outre, le Gouvernement fédéral partageait les frais des régimes provinciaux d'allocations aux mères nécessiteuses et à leurs enfants à charge. En vertu de ce régime, le Gouvernement fédéral finance 50 % des dépenses municipales et provinciales consacrées aux prestations d'assistance, aux services de bien-être et à certains services de santé.

*
**

II. — LA SANTÉ

Après cet exposé de la naissance et du développement des principaux programmes sanitaires et sociaux, il convient de préciser le contenu détaillé de ceux-ci. Nous en examinerons successivement les éléments essentiels, en précisant les « variantes » provinciales, mais non sans avoir auparavant rapidement décrit, s'agissant de l'action en matière de santé, l'équipement sanitaire du pays et ses ressources, notamment humaines.

A. — L'équipement sanitaire du pays.

Avec l'adoption des régimes universels d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation, les provinces canadiennes ont largement supprimé, grâce à l'appui financier du Gouvernement fédéral, les obstacles que faisait peser sur le citoyen le coût des services médicaux et hospitaliers. Ceux-ci se sont donc largement développés et ont permis que se mette en place un système de soins perfectionné et d'un haut niveau technique.

Nous n'en décrivons que l'essentiel.

On considère généralement qu'il existe trois bons indicateurs du niveau de ces services : le rapport entre le nombre des professionnels de la santé et l'ensemble de la population, le rapport entre les établissements de soins et la population, et la proportion de soins dispensés gratuitement.

Dans le tableau suivant est établie une comparaison entre la situation du Canada et celle d'autres pays. Les statistiques n'étant pas toujours disponibles, les chiffres ci-après ne se rapportent pas tous à la même année. Ils témoignent de la position très favorable du Canada.

Pays	Pourcentage payé par l'assurance maladie et hospitalisation	Nombre de lits d'hôpitaux par 10.000 habitants	Nombre de médecins par 10.000 habitants	Nombre d'infirmières par 10.000 habitants
Australie	(1) 79 % (2) 75 %	117,4	11,8	66,6
Canada	Presque 100 %	102,3	15,7	57,3
Danemark	96,7 %	89,4	14,5	53,4
Suède	Presque 100 %	145,8	12,4	43,7
Royaume-Uni	Presque 100 %	111,4	12,5	35,1
Etats-Unis	(1) 85 % (3) 65 % (4) 35 %	82,7	15,3	49,2

- (1) Assurance-maladie.
 (2) Assurance-hospitalisation.
 (3) Soins médicaux réguliers.
 (4) Soins médicaux majeurs.

• En ce qui concerne le *nombre de médecins* (environ 38.000), il apparaît plus que largement suffisant. La proportion est actuellement, comme le montre le tableau ci-après, de 1 pour 660 habitants. Si le rythme actuel d'admissions dans la profession se maintient, la proportion, en l'an 2000, pourrait être d'un pour 300, d'où l'inquiétude croissante des pouvoirs publics et de la profession devant une diminution probable de leurs revenus professionnels.

**POPULATION, ET POPULATION POUR CHAQUE MEDECIN CIVIL EN ACTIVITE,
CANADA, PAR PROVINCE, DECEMBRE 1978**

	Population pour chaque médecin civil en activité			
	Population	Médecin de famille et généralistes	Spécialistes	Tous les médecins sauf les internistes et les médecins d'établissements
Terre-Neuve	572.9	1,377	2,502	888
Ile-du-Prince-Edouard	122.3	1,344	2,352	855
Nouvelle-Ecosse	845.4	1,206	1,523	673
Nouveau-Brunswick	699.2	1,748	2,132	960
Québec	6,289.6	1,522	1,138	651
Ontario	8,479.9	1,250	1,328	644
Manitoba	1,029.9	1,310	1,409	679
Saskatchewan	952.5	1,248	2,131	787
Alberta	1,985.2	1,417	1,622	756
Colombie britannique	2,555.8	1,071	1,261	579
Yukon	21.8	948	4,360	779
T.N.O.	43.1	1,437	3,918	1,051
Canada	23,597.6	1,317	1,347	666

Sources :

— Médecins.

— Population : Evaluations de la population faites après le recensement pour le Canada et les provinces, le 1^{er} janvier 1979, Statistiques du Canada.

Notons cependant que les médecins ont su particulièrement, et mieux que d'autres professions libérales, préserver leur niveau de vie dans les vingt dernières années.

**REVENUS MOYENS DE GROUPES CHOISIS DE PROFESSIONNELS,
CANADA, 1957, 1971, 1978 (*)**

	Médecins (1)	Avocats, dentistes, etc. (2)	(Salaires et gages hebdomadaires) × 52 (3)
<i>Revenu moyen (\$).</i>			
1957	13,978	12,169	3,531
1971	39,555	24,533	7,157
1978	(4) 54,610	(5) 43,035	13,799
<i>Pourcentage des changements (%).</i>			
de 1957 à 1971	183.0	101.6	102.7
de 1971 à 1978	38.1	75.4	92.8
de 1957 à 1978	290.7	253.6	290.8
<i>Indice (médium = 100).</i>			
1957	100.0	87.1	25.3
1971	100.0	62.0	18.1
1978	100.0	78.8	25.3

- (1) Revenu net moyen provenant de toutes sources possibles des médecins indépendants susceptibles de payer des impôts (Source : *Taxation Statistics*, imposition des revenus au Canada).
- (2) Moyenne pondérée des revenus nets provenant de toutes sources possibles des professionnels suivants travaillant à leur compte et susceptibles de payer des impôts : avocats, dentistes, comptables, ingénieurs et architectes (Source : *Taxation Statistics*).
- (3) Gages et salaires moyens hebdomadaires (ouvriers de différentes industries) (Source : *Statistical Review* (plusieurs années), statistiques du Canada).
- (4) Préliminaires. On ne pense pas que les chiffres définitifs soient disponibles avant juillet ou août 1980.
- (5) Chiffres préliminaires en ce qui concerne les avocats, les dentistes et les comptables. Dans le cas des ingénieurs et des architectes, les chiffres sont estimatifs.

Source : Le programme de santé national et provincial du Canada pour les années 1980.

● En ce qui concerne les *lits d'hôpitaux*, il s'avère que leur nombre a considérablement augmenté durant la période 1949-1953. Plus de 46.000 lits ont été construits ou remplacés.

Si l'on met à part cette période de construction extraordinaire, l'augmentation a été régulière jusqu'en 1976. A partir de cette date, la proportion de lits par habitant commença à baisser, marquant ainsi une nouvelle orientation vers des programmes moins dispendieux et un souci croissant de diminution des frais.

Parallèlement, augmentaient les lits en maisons de repos, moins coûteux et dans leur création et dans leur fonctionnement, et en établissements de soins spéciaux, tandis que diminuaient les lits, dans les hôpitaux psychiatriques, du fait d'une politique semblable à notre « sectorisation ».

**NOMBRE ESTIMATIF DE LITS
LE (OU VERS LE) 31 DECEMBRE (1)**

	1958	1962	1972	1976	1978
<i>Hôpitaux.</i>					
Soins intensifs à termes très courts	91,965	101,766	115,176	108,701	106,694
Réadaptation-convalescence	1,249	1,075	4,226	4,244	4,415
Soins prolongés (chroniques)	14,337	16,860	25,701	40,205	34,211
Quartiers psychiatriques dans les hôpitaux généraux	2,985	3,500	4,940	5,921	25,235
Autres	48,579	51,700	36,917	17,640	
Sanatoria de tuberculeux	13,018	10,241	1,868	93	30
Total pour les hôpitaux.	172,133	185,142	188,828	176,804	170,585
<i>Etablissements de soins spéciaux.</i>					
Maisons de repos	n.d.	18,685	43,100	49,145	53,739
Hospices de vieillards	n.d.	39,189	70,489	85,297	87,642
Arriérés mentaux	9,432	14,805	16,939	16,853	30,886
Autres	»	»	6,719	13,289	
Total	n.d.	72,679	137,247	164,584	172,267
Grand total	n.d.	257,821	326,075	341,388	342,852

Les données sont celles du 31 décembre pour les années 1958, 1962, 1972 et 1976 sauf pour les établissements de soins spéciaux des années 1972 et 1976 où les totaux sont ceux du 31 mars de l'année suivante. Les chiffres de 1978 sont ceux du 31 mars 1979. On ne tient pas compte des quartiers psychiatriques dans les hôpitaux généraux. On ne tient pas compte des foyers, ni des maisons pour la protection des enfants, ni des maisons pour les filles-mères.

(1) Source : Op. cit. - Programme de santé du Canada - 1980.

LITS PAR 1.000 HABITANTS AU CANADA
LE (OU VERS LE) 31 DÉCEMBRE (1)

	1958	1962	1972	1976	1978
<i>Hôpitaux.</i>					
Soins intensifs à termes très courts	5.3	5.4	5.3	4.7	4.5
Réadaptation-conval.	0.1	0.1	0.2	0.2	0.2
Soins prolongés (chroniques)	0.8	0.9	1.2	1.7	1.5
Quartiers psychiatriques dans les hôpi- taux généraux	0.2	0.2	0.2	0.3	1.1
Autres	2.8	2.8	1.7	0.8	»
Sanatoria de tuberculeux	0.8	0.6	0.1	»	»
Total pour les hôpitaux	9.9	9.9	8.6	7.6	7.2
<i>Etablissements de soins spéciaux.</i>					
Maisons de repos	n.d.	1.0	2.0	2.1	2.3
Hospices de vieillards	n.d.	2.1	3.2	3.7	3.7
Arriérés mentaux	0.6	0.8	0.8	0.7	1.3
Autre	»	»	0.3	0.6	»
Total	n.d.	3.9	6.3	7.1	7.3
Grand total	n.d.	13.7	14.9	14.7	14.5

(1) Source : Op. cit. - Programme de santé du Canada - 1980.

Cette densité de services et son caractère très performant n'exclut pas, au contraire, des difficultés très semblables à celles que nous connaissons et dont la moindre n'est pas le *taux annuel d'augmentation des coûts qui impose un certain freinage*, voire une réorientation du système de soins.

Nous examinerons cette nouvelle problématique après avoir décrit l'usage fait de cet équipement sanitaire, matériel et humain à travers les principaux programmes de santé.

B. — Les principaux programmes de soins de santé.

Nous rappellerons que le Canada n'a pas mis au point de « régime national » mais qu'en application des dispositions constitutionnelles se sont progressivement dégagés des programmes nationaux qui atteignent leurs objectifs par le truchement d'une série de régimes provinciaux solidaires et concordants.

Lorsque ces régimes respectent les critères minimaux de la législation fédérale (par exemple gamme des services assurés, caractère universel de l'assurance, transférabilité des prestations et gestion publique), ils permettent aux provinces de bénéficier de l'appui financier du gouvernement fédéral.

Le Canada a ainsi choisi de mettre progressivement sur pied au moyen des finances publiques les éléments principaux d'un régime qui soient à la disposition de *l'ensemble de la population*, sous réserve généralement de conditions de résidence mais sans exigence d'activité professionnelle préalable ou de qualité d'ayant droit d'un salarié, sans exigence non plus du versement de cotisations autres que symboliques. **L'universalité est un des aspects essentiels du système mis en place et qui implique un financement essentiellement fiscal.**

Une telle formule n'a pu, on l'a souligné, être réalisée qu'avec la coopération des provinces puisqu'en vertu de la constitution, les questions de santé sont essentiellement une prérogative provinciale.

Les programmes sont conçus de manière que tous les résidents du Canada puissent bénéficier de soins médicaux et hospitaliers couverts pour l'essentiel par un système de tiers-payant. Le programme d'assurance hospitalisation et de services diagnostiques qui a vu le jour en 1958 couvre les soins offerts aux malades hospitalisés — y compris les médicaments nécessaires, les analyses diagnostiques, etc. — ainsi que certains services de consultation, qui varient légèrement d'une province à l'autre. Toutes les provinces et les deux territoires participent au programme et 99 % des Canadiens sont concernés.

Il en est de même pour le programme d'assurance médicale dont la création remonte à 1968 et qui vient compléter l'assurance maladie-hospitalisation. Il suit la voie tracée par les régimes d'assurance privés, parrainés par des médecins, à la différence que le « groupe des assurés », dans chaque province, est désormais constitué par l'ensemble de la population. Il ne s'agit ni d'un programme d'Etat, ni d'une médecine sociale étatisée, mais bien d'une assurance

médicale payée d'avance et patronnée par l'Etat. La même remarque s'applique d'ailleurs au programme d'assurance hospitalisation.

En vertu du régime d'assistance publique du Canada, le Gouvernement fédéral prend aussi à sa charge une part du coût de certains services qui ne sont pas financés par les régimes nationaux d'assurance maladie mais que les régimes provinciaux d'assistance sociale assurent aux résidents nécessiteux.

Ce sont les provinces qui doivent assurer les services tant publics qu'individuels. Dans certains cas, ce secteur d'activité provinciale est complété ou étendu par divers programmes fédéraux comme, par exemple, les services d'hygiène pour les Indiens et les Esquimaux, les subventions nationales à l'hygiène, la Caisse d'aide à la santé, les services de quarantaine, les services de la loi et de la réglementation des aliments et drogues et les services médicaux d'immigration.

Soulignons, pour clore ce préliminaire, que l'universalité et la quasi-gratuité du système s'accompagne, à nos yeux français, du caractère *partiel de la garantie* assurée. Sont en effet exclus de nombreux soins paramédicaux et dentaires, le remboursement des médicaments, sauf exception, de même que le versement d'indemnités journalières en cas d'arrêt de travail consécutif à une maladie, qui est inclus en partie dans le programme d'assurance chômage.

Le recours aux assurances privées reste donc très notable.



Nous n'exposerons ici que les deux programmes essentiels que sont l'assurance hospitalisation et l'assurance maladie qui, tous deux, placent le citoyen canadien face au système de distribution des soins.

Nous renvoyons en annexe la présentation du programme de soins médicaux pour les assistés sociaux et ne pourrons, faute de place, et tout en le regrettant, décrire les nombreuses autres actions menées en matière de protection et de promotion de la santé en ce qui concerne par exemple les aliments et drogues ou l'encouragement du sport amateur.

1. *Le programme d'assurance hospitalisation et de services diagnostiques.*

En vertu de la loi sur l'assurance hospitalisation et les services diagnostiques, adoptée en 1957, le Gouvernement fédéral partage avec les provinces le coût de certains services hospitaliers offerts aux assurés.

A l'heure actuelle, l'assurance hospitalisation couvre, on l'a dit, la presque totalité de la population. En 1970, 1.284 hôpitaux, représentant un total de plus de 148.000 lits, étaient visés par les accords conclus avec les provinces. Les hôpitaux qui bénéficient des remboursements peuvent être des hôpitaux généraux, ou des hôpitaux pour les maladies chroniques ou maisons de convalescence, mais les hôpitaux pour maladies mentales, les sanatoriums pour tuberculeux, les maisons de repos et les autres établissements, qui sont principalement des maisons de « nursing » ou d'hébergement, en sont expressément exclus.

Le grand principe qui sous-tend le programme est celui de l'établissement permanent de services et d'installations destinés à dispenser des soins pour l'ensemble de la population, avec un souci prédominant de qualité, d'utilisation efficace et rationnelle des lits et de disponibilité de ressources, c'est-à-dire essentiellement d'accessibilité.

Bien que tous les résidents canadiens puissent bénéficier des prestations d'assurance hospitalisation, la loi fédérale prévoit toutefois une exception pour les personnes admissibles à des prestations semblables en vertu d'autres lois fédérales ou provinciales, comme les accidentés du travail ou les anciens combattants.

Un autre principe fondamental a été la volonté de conserver, autant que possible, les traditions existantes. Ont été ainsi maintenus le schéma d'ensemble des soins et le régime de la propriété en matière d'hôpitaux qui existait avant 1957, sans toucher donc à l'autonomie provinciale. En conséquence, même à l'heure actuelle, 90 % des hôpitaux canadiens — comptant 94 % des lits — sont encore la propriété d'organismes bénévoles qui en assurent l'administration. La politique d'autonomie provinciale a ainsi permis à chaque province de décider comment elle allait gérer et financer sa part du programme tout en assurant des prestations uniformes dans tout le pays.

1° *La gamme des services assurés.*

Les soins et les services de santé étant surtout du ressort provincial, le rôle du Gouvernement fédéral découle, on l'a dit, d'une série d'accords conclus avec chacune des provinces. Ils prévoient que les provinces doivent, en respectant certains critères minimaux, offrir une assurance couvrant, pour tous les résidents admissibles, les frais résultant de services d'hospitalisation devant obligatoirement comprendre :

— l'hébergement et les repas des malades en salle ordinaire ou commune ;

— les soins infirmiers nécessaires ;

— les méthodes de laboratoire, les procédés radiologiques et autres formes de diagnostic ;

— les produits pharmaceutiques, les substances biologiques et les préparations connexes, ainsi qu'il est prévu dans un accord, lorsque ces médicaments sont dispensés à l'hôpital ;

— l'utilisation des salles d'opération et d'accouchement, ainsi que des installations d'anesthésie, y compris l'appareillage et les fournitures nécessaires ;

— les fournitures de chirurgie ordinaire ;

— l'utilisation des installations de radiothérapie, s'il en est ;

— l'utilisation des installations de physiothérapie, s'il en est ;

— les autres services prévus aux termes d'un accord.

Les provinces ont, en effet, la possibilité d'ajouter à leur régime des services supplémentaires sans pour autant modifier les accords fédéraux-provinciaux. Certains régimes provinciaux prévoient des services comme les soins infirmiers prolongés à domicile et les soins à domicile en général.

La majorité d'entre eux assurent toute une gamme de services généralement très complets : soins d'urgence prodigués aux victimes d'accidents, post-observation dans les cas de fracture, ergothérapie, physiothérapie et orthophonie, services de cytologie, radiothérapie pour les cancéreux, soins chirurgicaux de jour, petites interventions chirurgicales ainsi que soins psychiatriques de jour et de nuit.

Dans certains cas, le remboursement des frais occasionnés par les soins hospitaliers dont un assuré a bénéficié à l'extérieur de la province n'a lieu que si celui-ci a obtenu une approbation préalable (sauf cas d'urgence). De plus, l'assurance provinciale peut imposer des limites concernant les paiements prévus dans le programme. C'est ainsi que — à l'exception de la dialyse rénale assurée aux malades externes atteints d'une insuffisance rénale chronique — la Nouvelle-Ecosse et la Colombie britannique ne garantissent pas les services de consultation externe dispensés à l'extérieur de la province et que les autres provinces peuvent imposer des limites sur leurs taux de paiement de tels services. Par ailleurs, pour ce qui est des soins dont un assuré a bénéficié à l'étranger, presque toutes les provinces imposent des plafonds quant au taux de remboursement.

• Plusieurs provinces, dans le cadre de leurs régimes d'assurance, prévoient le remboursement de services qui ne sont pas assurés en vertu de la loi sur l'assurance hospitalisation et les services diagnostiques.

C'est ainsi que l'Ontario prévoit le remboursement des services ambulanciers, des services privés de physiothérapie et des soins pro-

longés (assurés dans les maisons de repos ou les foyers de vieillards aux personnes qui ont besoin de surveillance médicale et certaines catégories de soins infirmiers ordinaires).

• Certaines provinces, et notamment le Québec, exigent des malades le paiement partiel des soins assurés. Au Québec, tous les malades hébergés dans des centres hospitaliers de soins prolongés ou dans des unités de soins prolongés relevant d'établissement de soins de courte durée doivent payer une certaine somme (environ 7 \$) par jour et ce, à l'exception des malades ayant des ressources limitées et des enfants de moins de dix-huit ans. En Alberta, la plupart des malades (autres que les nouveau-nés) des hôpitaux généraux doivent déboursier de même 5 dollars pour le premier jour d'hospitalisation ; pour ce qui est des malades admis dans des établissements auxiliaires et dont le séjour est de plus de cent vingt jours, ils doivent payer 4 dollars par jour à compter du cent vingt et unième jour. En Colombie britannique, les malades admis dans les hôpitaux généraux (à l'exception des nouveau-nés) et les adultes séjournant dans les hôpitaux de soins prolongés doivent verser 4 dollars par jour. Dans cette même province, les malades externes doivent payer 1 dollar (consultations données aux cancéreux, physiothérapie, soins de jour assurés aux diabétiques, séance de consultation diététique, soins psychiatriques de jour et de nuit, services de consultation psychiatrique externe, soins de réadaptation de jour, traitements de dialyse rénale) ou 2 dollars par jour (soins chirurgicaux de jour, traitement d'urgence, petite intervention chirurgicale).

2° *Champ d'application.*

Chaque province offre les services prévus dans son régime d'assurance à tous ceux de ses résidents qui y sont admissibles selon des conditions et des modalités uniformes, l'âge, le niveau de revenu ou l'état de santé préalable ne pouvant, en aucun cas, justifier une exclusion.

Toute personne qui, ayant le droit de demeurer au Canada, élit domicile et vit habituellement dans une province donnée a le statut de résident de cette province ; les touristes, les personnes de passage ou les visiteurs sont expressément exclus par cette définition. Les membres des forces armées, de la gendarmerie royale du Canada et les détenus des pénitenciers jouissant de la garantie d'autres régimes, ne sont pas assurés par les régimes fédéraux-provinciaux.

La condition de résidence dans la province constitue le principal facteur d'admissibilité.

Toutefois, en Ontario et en Alberta, les familles en mesure de le faire doivent également payer des cotisations. La plupart des

provinces n'assurent leurs résidents qu'après trois mois de séjour, mais des accords interprovinciaux prévoient l'extension de la garantie de l'assurance de la province d'origine pendant cette période. Les immigrants, par contre, peuvent prétendre, dès leur arrivée au Canada, à une garantie immédiate dans toutes les provinces, sauf la Colombie britannique où ils doivent, comme les autres résidents, se conformer à la règle des trois mois de séjour.

Notons que chaque assuré peut choisir l'hôpital dans lequel il désire être soigné et que la durée des services assurables n'est limitée que par des motifs purement médicaux.

3° *Le financement.*

Le coût des services hospitaliers assurés est supporté, dans la presque totalité, par le Gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux.

Jusqu'en 1977, le Gouvernement fédéral payait environ 50 % du coût, les accords excluant la plupart des dépenses d'investissement mais pouvant comprendre le partage du coût du matériel mobile et des équipements fixes.

Nous verrons qu'à cette date fut décidé un nouveau mode de partage financier.

Chaque province recueille les fonds nécessaires de la façon qui lui convient le mieux, étant donné sa situation et ses préférences. Elle puise, notamment, dans les recettes fiscales générales. Terre-Neuve, l'île du Prince-Edouard, le Nouveau-Brunswick, la Saskatchewan, le Manitoba et les deux territoires assurent leur participation financière entièrement de cette façon. La Nouvelle-Ecosse ajoute aux recettes fiscales celles d'une taxe de vente. Le Québec, quant à lui, assure le paiement des coûts du régime en imposant une taxe sur les salaires et les traitements payés par les employeurs.

L'Ontario et l'Alberta recueillent une partie des fonds à l'aide d'une cotisation qui varie suivant la situation familiale.

Elle est présentement en Ontario de \$ 20 par mois pour une personne seule et de \$ 40 par mois pour une famille et doit être payée « par anticipation » trois mois à l'avance.

La tendance actuelle dans toutes les provinces qui ont opté pour le régime des cotisations est d'imposer une cotisation globale au titre de l'assurance hospitalisation-soins médicaux afin d'en simplifier l'administration.

En Alberta, en Colombie britannique et au Québec, une partie du financement provient de l'utilisation des fonds versés au titre des « frais autorisés », lesquels sont exigibles au moment où le malade reçoit les services et sont déduits des paiements versés par les provinces aux hôpitaux.

2. Le programme d'assurance médicale (1966).

Le programme fédéral d'assurance médicale est essentiellement un programme de subventions qui aide les provinces à assurer financièrement, pour tous les résidents canadiens, les soins médicaux nécessaires : les services sont payés par anticipation et le système n'a aucun but lucratif. Le programme couvre toutes les prestations médicalement justifiées fournies par les médecins ainsi que certaines interventions de chirurgie dentaire pratiquées par les chirurgiens dentistes en milieu hospitalier.

En vertu de la loi, une province ne peut bénéficier de la participation financière fédérale que si son régime respecte les quatre principes suivants :

1. Il doit fournir une assurance couvrant, au minimum, *tous les services nécessaires dispensés par les médecins sans admettre aucune franchise ni exclusion*, à moins que les services ne s'imposent pas du point de vue médical ou qu'ils soient assurés par une autre mesure législative. La garantie doit être telle que, sur le plan financier, l'assuré puisse, *sans obstacle ni exclusion*, recevoir les soins médicaux qui s'imposent. Certaines dispositions permettent d'ajouter aux prestations divers services spécialisés lorsque le Gouvernement fédéral le juge souhaitable ; en outre, le régime prévoit également, dès le départ, certains actes effectués par les chirurgiens dentistes dans les hôpitaux.

2. L'assurance doit être accessible à *tous les résidents admissibles* aux mêmes conditions et couvrir au moins 95 % de la population. Toute discrimination en matière de primes ou cotisations fondée sur l'état de santé antérieur, l'âge, la non-appartenance à un groupe déterminé ou la race est interdite. Les primes peuvent toutefois être totalement ou partiellement subventionnées pour les groupes à faible revenu ou les personnes âgées si tous les résidents admissibles sont traités de la même manière.

3. Les prestations doivent être *transférables* lorsque l'assuré est temporairement absent, où que ce soit dans le monde, ainsi que lorsqu'il change d'emploi, prend sa retraite ou change son lieu de résidence d'une province participante à une autre.

4. *L'administration* du régime doit être faite à titre non lucratif et relever d'un organisme public responsable de ses transactions financières auprès du gouvernement provincial.

1° Le financement.

Lorsqu'une province satisfait à tous les critères ci-dessus, le Gouvernement fédéral, jusqu'en 1977, contribuait au fonctionnement

du régime à raison d'un montant annuel équivalent à la moitié du coût national, par habitant, des services assurés, multiplié par le nombre moyen d'assurés que compte la province. La loi fédérale n'interdit pas expressément l'assurance mixte ou la perception de « frais de dissuasion » (ou ticket modérateur), pour autant que l'ampleur de ces mesures ne viole pas le principe de l'universalité en empêchant les groupes à faibles revenus de bénéficier de certains services. Depuis l'entrée en vigueur de la loi, seule la Saskatchewan a ainsi perçu de tels droits de dissuasion, mais elle a toutefois abandonné cette pratique en 1971.

Comme c'est le cas pour l'assurance hospitalisation, plusieurs méthodes de financement du régime sont utilisées à l'échelon provincial. L'Ontario et l'Alberta perçoivent, on l'a dit, des cotisations combinées d'assurance médicale et d'assurance-hospitalisation, lesquelles sont toutefois supprimées pour les plus de soixante-cinq ans. Les régimes de la Colombie britannique et du Yukon sont partiellement financés par des primes, le solde étant prélevé sur les recettes générales.

Le Manitoba, le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Ecosse, l'île du Prince-Edouard, Terre-Neuve et les territoires du Nord-Ouest ne perçoivent aucune cotisation et financent leur régime par les recettes générales. Le Québec finance sa régie en prélevant sur le Fonds d'assurance maladie constitué d'une part de la contribution des employeurs (1,5 % de la masse salariale) et des sommes qu'y verse le ministère des Finances.

Toute province enfin est libre de choisir le mode qu'elle préfère pour payer ceux qui dispensent les soins, sous réserve que les honoraires ou les paiements autorisés soient établis de façon à assurer une *rétribution raisonnable* pour les services rendus.

2° *La garantie assurée.*

La garantie de l'assurance médicale s'applique à l'ensemble de la population de toutes les provinces et territoires. Les seules exceptions sont les cas où des avantages semblables sont prévus par la législation fédérale ou provinciale sur les accidents du travail ou par les programmes destinés aux forces armées, aux membres de la gendarmerie royale du Canada, aux anciens combattants pensionnés et aux détenus des pénitenciers fédéraux.

En Ontario, l'assurance prévue par un régime combiné est obligatoire pour les entreprises de 15 employés ou plus et facultative pour les autres. En Colombie britannique, le régime est totalement facultatif. Au Yukon, il y a dissociation entre le paiement des primes et le droit aux prestations et en Alberta, les résidents peuvent, chaque année, renoncer à l'assurance combinée que leur offrent les régimes de la province.

Dans les provinces qui ne perçoivent pas de cotisations tous les habitants sont assurés. Comme c'est le cas pour l'assurance hospitalisation, le malade peut choisir le médecin par lequel il désire être soigné. De nombreux régimes provinciaux d'assurance médicale prévoient également des prestations supplémentaires que dépassent le cadre du programme national, les services d'optométrie par exemple, les soins de chiropraticiens, de podiatre, de chirothérapeute...

La garantie ne couvre que les soins médicaux et exclut, sauf exception, les soins dentaires, les soins infirmiers, le remboursement des médicaments ou le versement d'indemnités journalières.

Les résidents peuvent, s'ils le désirent, contracter une assurance, généralement en s'adressant à des organismes privés de libre association, couvrant les frais des services non assurés par le régime provincial. Depuis quelques années, toutefois, la majorité des provinces ont introduit des programmes publics visant à supporter le coût des médicaments obtenus sur ordonnance par les personnes âgées, tandis que le Manitoba et la Saskatchewan élargissaient le champ d'application de leur régime afin que la presque totalité de ceux qui y sont admissibles en bénéficient.

Quelques provinces offrent des services supplémentaires aux résidents souffrant d'affections déterminées. Par exemple, les résidents de la Saskatchewan bénéficient, sauf certaines exceptions, d'un régime de subventions pour prothèses auditives, d'indemnités lors de l'achat de prothèses et d'appareils orthopédiques, de fauteuils roulants, de cadres de marche, de chaises spéciales ou de tout autre appareil utile dans la vie quotidienne et d'un régime de soins dentaires pour enfants.

• Un nouveau mode de partage financier : la loi de 1977.

Jusqu'au 31 mars 1977, nous l'avons mentionné, la contribution du Gouvernement fédéral représentait approximativement la moitié du coût des services aux malades hospitalisés et aux malades externes pour l'ensemble du Canada y compris les paiements versés au Québec en vertu de la loi sur les programmes établis entrée en vigueur en janvier 1965.

La formule, fondée sur une moyenne *nationale*, aboutissait à accorder des contributions proportionnellement plus fortes aux provinces où le coût par habitant était inférieur à la moyenne nationale et vice versa.

A la fin de 1976, après plusieurs années de négociations, les provinces et le Gouvernement fédéral se mirent d'accord sur de nouveaux aménagements financiers. Cette entente a mené à la loi de 1977 sur les accords fiscaux et le financement des programmes établis qui contient d'importantes modifications aux lois sur l'assurance maladie et l'assurance hospitalisation.

Depuis le 1^{er} avril 1977, la contribution fédérale n'est plus liée directement aux dépenses des provinces mais prend la *forme d'un transfert d'un certain nombre de points d'impôt établi à l'avance et de paiements de péréquation et de paiements en espèce.*

Globalement, la totalité des contributions fédérales est maintenant fondée sur la valeur augmentée des contributions fédérales de 1975-1976 pour les programmes en question.

Le champ de taxation laissé vacant par le gouvernement fédéral a permis aux provinces de relever leur taux d'imposition afin d'obtenir des recettes additionnelles sans accroître nécessairement la pression fiscale globale. Normalement le rendement des nouveaux impôts devrait augmenter plus rapidement que le produit national brut. Les paiements en espèces ne sont versés que si les régimes provinciaux satisfont aux critères fédéraux en ce qui concerne l'exhaustivité des services assurés, l'universalité, l'accessibilité, la transfédéralité et l'administration par les autorités publiques.

Au début, les paiements en espèces ont correspondu approximativement au champ de taxation transféré et pris la forme de paiement par habitant calculé aux termes de la loi de 1977 sur les accords fiscaux. Les paiements par habitant seront majorés chaque année en fonction des variations du produit national brut et corrigés progressivement, de sorte qu'après cinq ans toutes les provinces devraient recevoir le même montant par habitant.

Aux termes de la même loi, le Gouvernement fédéral verse annuellement aux provinces un montant égal par habitant pour contribuer au paiement des frais de certains services de soins de longue durée (maisons de repos, soins psychiatriques dans certains hôpitaux) ou de certains soins dispensés à domicile.

Globalement, les nouvelles dispositions relatives au financement des programmes établis devraient permettre d'accorder aux provinces des sommes plus importantes que ne le prévoyaient les arrangements antérieurs et devraient instaurer une plus grande équité en ce qui concerne les subventions fédérales. Elles devraient aussi leur donner une *plus grande souplesse* dans l'utilisation de leurs propres fonds tout en sauvegardant les normes nationales.

C. — Un système de santé qui s'interroge sur son efficacité.

Malgré les progrès réalisés, au cours des dernières années, les pouvoirs publics doivent affronter un certain nombre de problèmes difficiles qui ne sont pas sans similitude avec ceux que connaît notre pays.

1. *Un coût croissant.*

Le taux annuel d'augmentation du coût des soins de santé était, dans les années récentes, compris entre 12 et 16 %, ce qui excède de loin le taux de croissance économique du pays.

En 1971, le Canada consacrait 7,1 % du produit national brut à la santé et les particuliers 9 % de leur revenu personnel. Par tête, les dépenses annuelles dépassaient 300 dollars canadiens.

Dépenses de santé par habitants en francs en 1974	Pays correspondants, par ordre croissant de dépenses
750 - 850 F	Italie, Royaume-Uni.
1.250 F	Belgique.
1.650 - 1.800 F	Pays-Bas et France.
1.950 - 2.150 F	Allemagne, Canada.
2.350 - 2.450 F	Etats-Unis et Suède.

Source : Rapport de l'Inspection générale des Affaires sociales, 1976.

Il était de même l'un de ceux dont l'effort en la matière était le plus soutenu.

Part des dépenses de santé dans le P.I.B.	Pays correspondants, par ordre croissant de part du P.I.B.
4,9 à 5,7 % du P.I.B.	Belgique, Royaume-Uni, Italie.
6 à 6,9 %	Allemagne, Canada, France.
7,3 à 7,4 %	Etats-Unis, Pays-Bas, Suède.

Source : O.C.D.E. - Les dépenses publiques de santé - Février 1977.

En 1979-1980, c'est plus de 20 milliards de dollars de dépenses — près de 14 pour les provinces et 6 pour le Fédéral — qui auront été faites pour la santé.

C'est 28,6 % en moyenne de leurs dépenses budgétaires que les diverses provinces consacrent à ce secteur et, en moyenne près de 600 dollars canadiens par habitant.

Les tableaux suivants témoignent de l'ampleur et de la croissance des dépenses engagées.

**TOTALITÉ DES DÉPENSES FAITES PAR LES GOUVERNEMENTS DES PROVINCES
POUR LES PROGRAMMES DE SANTÉ (a) ET DES CONTRIBUTIONS FÉDÉ-
RALES DU MEME ORDRE (b) DE 1975-1976 A 1979-1980**

(En millions de dollars.)

	1975-1976	1976-1977	1977-1978	1978-1979	1979-1980
Dépenses provinciales pour la santé (a)	9,039.4	10,321.2	11,288.2	12,542.5	13,897.2
Contributions fédérales (b)	3,591.2	4,168.3	4,835.5	5,499.5	6,216.7
Assurance hospitalisation (c) :					
Au comptant	2,436.1	2,812.8	1,564.0	1,859.1	2,194.2
Impôts virés	»	»	1,599.2	1,726.8	1,881.7
Soins médicaux (c) :					
Au comptant	836.7	953.0	537.0	638.4	753.4
Impôts virés	»	»	535.5	592.9	646.2
Plan d'aide du Canada (d)	295.8	376.2	151.7	119.8	154.9
Soins supplémentaires de santé (e) ..		»	463.9	519.4	578.3
Fonds de ressources pour la santé (f)	20.3	24.0	22.1	41.4	8.0
Octroi pour la formation profession- nelle (g)	2.3	2.3	2.4	1.7	»
Pourcentage de la contribution fédé- rale (h)	39.7	40.4	42.8	43.9	44.7
Au comptant	39.7	40.4	24.2	25.4	26.5
Impôts virés	»	»	18.6	18.5	18.2

a) Il s'agit des dépenses faites par les gouvernements provinciaux pour les programmes de santé sur une base de paiements au comptant et inscrits dans les comptes publics des provinces (et révisés après communication directe avec chaque province). Ces chiffres comprennent les dépenses faites dans le domaine de la santé par les ministères de la Santé, les commissions s'occupant de soins médicaux et de l'assurance-hospitalisation, les départements des services sociaux et d'autres organismes. N'entrent pas en ligne de compte les données concernant le Yukon et les territoires du Nord-Ouest.

b) Ces chiffres comprennent toutes les contributions fédérales faites sur une base de droits, à l'exception du fonds de ressources de santé et de l'octroi à la formation professionnelle qui sont accordés sous forme de paiements au comptant. La somme totale des contributions fédérales que l'on voit dans ce tableau peut différer de celle que l'on trouve dans le tableau 4, par suite de l'arrondissement des chiffres. On n'y trouve pas les données relatives au Yukon et aux territoires du Nord-Ouest.

c) Voir renvois (b), (c) et (d) au bas du tableau 1. Remarque surtout que cette contribution fédérale n'englobe pas le pourcentage de un pour cent de l'impôt sur le revenu ni son équivalent en argent comptant.

d) Il s'agit ici de droits que l'on peut partager et dont le coût a été estimé au préalable dans le cadre du plan d'aide du Canada pour couvrir les soins supplémentaires de santé définis par le régime du F.P.E. et d'autres points relatifs aux soins de santé.

e) Il s'agit de droits à des contributions au comptant dont le montant a été fixé dans le cadre du F.P.E. pour couvrir des soins de santé additionnels comprenant les soins à donner dans les maisons de repos, les services en établissements pour adultes, les services donnés dans les hôpitaux mentaux transformés, les soins à domicile et les soins ambulatoires de santé.

f) Argent comptant en provenance du fonds de ressources pour la santé.

g) Argent comptant en provenance de l'octroi alloué pour la formation professionnelle.

h) Contributions fédérales calculées comme un pourcentage de la totalité des dépenses faites par les gouvernements provinciaux pour les programmes de santé.

**TOTALITÉ DES DÉPENSES FAITES POUR LA SANTÉ PAR LES GOUVERNEMENTS PROVINCIAUX
ET DES CONTRIBUTIONS FÉDÉRALES DU MÊME ORDRE, PAR PROVINCE, DE 1975-1976 A 1979-1980 (*)**

Province	Dépense provinciale (a) (En millions de dollars)					Contribution fédérale (b) (En millions de dollars)					Pourcentage de la contribution fédérale (c)				
	1975-1976	1976-1977	1977-1978	1978-1979	1979-1980	1975-1976	1976-1977	1977-1978	1978-1979	1979-1980	1975-1976	1976-1977	1977-1978		1979-1980
Terre-Neuve	209,6	225,7	239,6	266,0	297,8	85,6	100,5	113,1	132,7	152,1	40,8	44,3	47,2	49,9	51,1
Ile du Prince-Edouard	42,0	44,9	56,1	59,3	62,9	19,0	21,7	22,7	28,6	32,8	45,2	48,3	40,5	48,2	52,2
Nouvelle-Ecosse	288,6	322,5	350,1	389,4	437,5	118,7	140,4	166,2	191,5	221,6	41,1	47,5	47,5	49,2	30,7
Nouveau-Brunswick	221,8	254,0	279,9	307,8	363,6	97,0	118,8	134,2	159,8	183,4	43,7	46,8	47,9	51,9	50,4
Québec	2.614,2	3.062,2	3.271,1	3.626,4	3.992,2	1.017,1	1.182,0	1.362,5	1.517,2	1.692,8	38,9	38,1	41,7	41,8	42,4
Ontario	3.181,8	3.638,3	3.991,0	4.354,7	4.705,6	1.286,3	1.479,8	1.736,3	1.960,4	2.211,2	40,4	40,7	43,5	45,0	47,0
Manitoba	413,0	467,7	508,4	531,7	577,2	166,2	193,2	206,7	241,3	269,5	40,2	41,3	40,7	45,4	40,7
Saskatchewan	327,7	397,7	449,5	483,3	558,9	142,2	169,2	191,6	215,5	248,8	43,4	42,5	42,6	44,6	44,5
Alberta	748,9	852,4	921,8	1.088,3	1.284,7	280,9	329,6	395,4	459,8	523,6	37,5	38,7	42,9	42,1	40,8
Colombie britannique	991,8	1.091,8	1.220,7	1.417,6	1.616,8	378,3	433,2	507,1	593,1	680,3	38,1	39,7	41,5	41,8	42,1
T.N.O.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Yukon	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Canada	9.039,4	10.321,2	11.288,2	12.524,5	13.897,2	3.591,1	4.168,4	4.385,8	5.499,9	6.216,1	39,7	40,4	42,8	43,9	44,7

(*) Les données concernant le Yukon et les territoires du Nord-Ouest n'étaient pas disponibles.

DÉPENSES TOTALES FAITES PAR LES GOUVERNEMENTS PROVINCIAUX POUR LA SANTÉ (a) ET LE POURCENTAGE QU'ELLES REPRÉSENTENT DE LA TOTALITÉ DES DÉPENSES BUDGÉTAIRES GOUVERNEMENTALES (b), PAR PROVINCE, DE 1975-1976 A 1979-1980 (*)

	Dépenses budgétaires (b) (En millions de dollars)					Pourcentage des dépenses faites pour la santé (c)				
	1975-1976	1976-1977	1977-1978	1978-1979	1979-1980	1975-1976	1976-1977	1977-1978	1978-1979	1979-1980
Terre-Neuve	952,7	1.147,0	1.152,0	1.348,1	1.422,0	22,0	19,7	20,8	19,7	20,9
Ile du Prince-Edouard ..	180,4	193,8	215,8	264,5	294,9	23,3	23,2	26,0	22,4	21,3
Nouvelle-Ecosse	1.066,3	1.191,7	1.326,9	1.571,2	1.681,4	27,1	27,1	26,4	24,8	26,0
Nouveau-Brunswick	1.022,7	1.132,3	1.257,3	1.373,1	1.516,2	21,7	22,4	22,3	22,4	24,0
Québec	9.397,1	10.902,1	12.426,0	13.402,8	14.960,0	27,8	27,8	26,7	27,1	27,0
Ontario	10.490,0	11.743,0	12.920,0	13.913,0	15.368,0	30,3	31,0	30,9	31,3	30,6
Manitoba	1.235,6	1.376,1	1.390,1	1.649,7	1.812,2	33,4	34,0	36,6	32,2	31,9
Saskatchewan	1.192,1	1.404,0	1.536,9	1.733,5	1.926,4	27,5	28,3	29,2	27,9	29,0
Alberta	2.864,6	3.094,5	3.558,5	3.938,3	4.862,2	26,1	27,5	25,9	27,6	26,4
Colombie britannique	3.259,8	3.609,5	4.035,5	4.497,2	4.724,9	30,4	30,3	30,3	31,5	34,2
T.N.O.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Yukon	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Canada	31.661,3	35.794,0	39.639,0	43.691,4	48.568,2	28,6	28,8	28,5	28,7	28,6

a) Voir renvoi (a) au bas du tableau 3.

b) Il s'agit des dépenses budgétaires du gouvernement provincial faites sur une base de paiements au comptant inscrits dans les Comptes publics de la province (et vérifiés après communication directe avec chaque province).

c) Il s'agit des dépenses totales faites pour la santé par le gouvernement provincial (voir tableau 4) et du pourcentage qu'elles représentent de la totalité des dépenses budgétaires du gouvernement provincial.

**DEPENSES FAITES POUR LA SANTÉ PAR LE GOUVERNEMENT PROVINCIAL (a)
PAR PERSONNE ET PAR PROVINCE DE 1975-1976 A 1979-1980**

Province	Population par province (b) (en milliers)					Dépenses pour la santé par personne (en dollars)				
	1975-1976	1976-1977	1977-1978	1978-1979	1979-1980	1975-1976	1976-1977	1977-1978	1978-1979	1979-1980
Terre-Neuve	549	558	564	569	574	381.79	404.48	424.82	467.49	518.82
Ile du Prince-Edouard	117	118	120	122	123	358.97	380.51	467.50	486.07	511.38
Nouvelle-Ecosse	820	829	835	841	848	351.95	389.02	419.28	463.02	515.92
Nouveau-Brunswick	665	677	687	695	701	333.53	375.18	407.42	442.88	518.69
Québec	6.179	6.235	6.278	6.285	6.304	423.08	491.13	521.04	576.99	633.28
Ontario	8.172	8.265	8.354	8.444	8.507	389.35	440.21	477.74	515.72	553.14
Manitoba	1.014	1.022	1.029	1.032	1.031	407.30	457.63	494.07	515.21	559.84
Saskatchewan	907	921	937	947	956	361.30	431.81	479.72	510.35	584.62
Alberta	1.778	1.838	1.896	1.950	2.007	421.20	463.76	486.18	588.10	640.11
Columbia britannique	2.433	2.467	2.494	2.530	2.569	407.64	442.56	489.45	500.32	629.35
T.N.O.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Yukon	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Canada - sauf les T.N.O. et le Yukon ..	22.634	22.930	23.194	23.415	23.620	399.39	450.12	486.69	534.89	588.37

a) Voir renvoi (a) au bas du tableau 3. La totalité des dépenses provinciales.

b) Chiffres basés sur l'évaluation de la population faite par Statistiques Canada entre deux recensements.

L'ampleur et la croissance continue de ces dépenses obligent à un certain « freinage » ou tout au moins à la recherche d'une meilleure utilisation du système de soins.

2. Vers une meilleure utilisation de l'appareil de soins.

Au cours des vingt dernières années, a été particulièrement encouragée la construction d'hôpitaux mais pas suffisamment celle d'autres établissements de soins par ailleurs nécessaires. Le Canada se trouve, par conséquent, avec un excédent onéreux de lits pour maladies aiguës, un nombre insuffisant d'établissements de soins auxiliaires, de convalescence, de services de garde et un besoin croissant de services hospitaliers d'urgence.

Les services médicaux, d'autre part, ne paraissent pas encore suffisamment accessibles à toutes les couches de la population, ne serait-ce parce que les professionnels de la santé tendent à se concentrer dans les villes, délaissant ainsi les régions rurales ou isolées, ou encore parce que certains demandent des honoraires additionnels.

Les soins dentaires, de même, ne sont pas totalement accessibles à tous, en raison principalement des frais élevés qu'ils entraînent, de la pénurie de dentistes et d'une mauvaise répartition du personnel dentaire disponible.

Le système actuel de distribution des soins, de même que la planification des personnels sanitaires, pourraient en conséquence d'après les autorités fédérales être perfectionnés et mieux adaptés afin de satisfaire davantage les besoins de la population.

Certains secteurs de celle-ci ont des problèmes de santé particuliers, en raison de facteurs tels que le mode de vie et l'isolement ; ils nécessitent des services supplémentaires, plus onéreux que les services habituels.

Globalement, le système actuel encourage encore trop l'utilisation de médecins et d'hôpitaux spécialisés dans le traitement des maladies aiguës, même pour des soins qui pourraient être dispensés de façon appropriée à moindres frais, avec des formules plus souples de soins à domicile.

Des centres de soins ambulatoires améliorés, dispensant à toute heure du jour et de la nuit des soins complets aux malades externes seraient en effet indispensables afin que l'accessibilité des soins ne dépende pas de la disponibilité individuelle des médecins.

3. Des contradictions qui restent à dissiper.

Quelques-unes des difficultés posées par la distribution et le financement des soins proviennent, en fait au Canada comme dans d'autres pays, de la poursuite d'objectifs incompatibles. Nous emprunterons les développements qui suivent à un récent rapport officiel.

D'une part, on tente de rendre les services médicaux accessibles à tous ; d'autre part, on veut permettre aux médecins d'exercer dans la région de leur choix. Il s'ensuit une répartition encore insuffisante des médecins entre les provinces, de même qu'entre les régions rurales et urbaines. Signalons qu'en 1978 la Colombie britannique et le Nouveau-Brunswick se situaient aux deux extrémités, la première avec un médecin pour 579 habitants et la deuxième avec un médecin pour 960 habitants. L'Ontario comptait un médecin pour 644 habitants en 1978. Or, selon les autorités entendues rien ne permet d'affirmer que la qualité des soins s'améliore lorsque le rapport médecin-population est supérieur à 1/600-650.

D'autres contradictions sont fréquemment relevées :

S'efforcer de diminuer le coût des soins sans inciter le malade, le médecin et l'hôpital à en faire autant constitue une action à visées incompatibles. L'abondance des lits d'hôpitaux et le nombre toujours croissant des médecins encouragent les malades à se faire soigner pour des indispositions mineures et les médecins à hospitaliser un plus grand nombre de patients, d'autant plus qu'il n'y a pas d'obstacles financiers. Ainsi l'accès rapide aux soins, tant sur le plan matériel que financier, entre en conflit avec la lutte contre la hausse des coûts de santé.

Une autre catégorie d'objectifs incompatibles consiste, d'une part, à prévoir une répartition équilibrée du nombre des spécialistes et, d'autre part, de permettre aux médecins de choisir leur champ de spécialisation. La pénurie de médecins spécialisés en réadaptation et en gériatrie illustre notamment la nécessité d'adopter des mesures visant à concilier ces deux objectifs.

Un autre exemple d'incompatibilité se situe au niveau des administrateurs des services de santé qui voudraient que les soins soient assurés par un personnel formé uniquement en fonction des tâches à exécuter. Malheureusement, si l'on tient compte de la réglementation concernant l'autorisation de pratique des spécialistes de la santé et du système de rétribution à l'acte actuellement en vigueur, et si l'on ajoute à cela le principe selon lequel le médecin ou le dentiste assume l'entière responsabilité concernant son patient, on constate que cette situation encourage le médecin et le dentiste à exécuter des tâches qui pourraient être confiées à d'autres personnes pouvant s'en acquitter tout aussi bien sinon mieux, et souvent à un coût moindre. Signalons que dans le Nord canadien, le rôle de l'infirmière a été élargi en s'inspirant de cette conception et que les résultats semblent excellents. Notons aussi que le gouvernement de la Saskatchewan a établi avec succès un système de soins dentaires pour écolier dont la plus grande partie du travail est exécutée par un personnel auxiliaire spécialisé, conformément à un protocole établi par les dentistes et sous la surveillance de ces derniers.

Il importe enfin de souligner un autre paradoxe : chacun convient de l'importance de la recherche et de la prévention et pourtant les montants consacrés au traitement des maladies continuent à s'accroître hors de toute proportion avec les crédits affectés aux deux premiers éléments. Ce phénomène s'explique, bien sûr, du fait de la forte demande de soins curatifs de la part du public. Or, il en va tout autrement pour la recherche et la prévention et, conséquemment, les ressources qui leur sont attribuées sont généralement insuffisantes.

Les actions à mener doivent donc chercher à concilier les objectifs et principes incompatibles précités tout en assurant une

juste rétribution pour les professionnels de la santé, en luttant contre la hausse des coûts et en maintenant l'accès à des services de qualité.

Cette problématique n'est pas éloignée de la nôtre.

4. *Une réorientation des objectifs :
vers une conception globale de la santé.*

En matière de santé, c'est évident qu'au Canada, peut-être plus qu'ailleurs, les temps sont révolus où il s'agissait encore d'organiser un système de distribution de soins très performants, axé sur le traitement des maladies et les victimes d'accidents.

Si un meilleur usage des équipements existants est donc, on l'a vu, recherché, c'est surtout une *réorientation globale* du système qui est envisagé non seulement pour des raisons de coût mais aussi d'*efficacité*.

Constatant que le système actuel de soins auxquels des sommes considérables ont été et sont encore affectées et dont la qualité humaine et technique peut se comparer avantageusement à celle de n'importe quel pays du monde, ne sert guère à autre chose qu'au traitement des maladies causées par des éléments nocifs du milieu (pollution de l'environnement, vie urbaine) et des excès individuels (manque d'exercice, abus de l'alcool, du tabac et de la drogue et habitudes alimentaires), les autorités canadiennes ont estimé, dès 1974, dans un important document de travail, que **l'assainissement du milieu, la réduction des risques auxquels l'individu s'expose délibérément et la connaissance approfondie de la biologie humaine, constituaient des préalables essentiels à une amélioration de la santé des Canadiens.**

C'est ainsi que s'est fait jour une conception globale de la santé incluant non seulement les problèmes reliés à la biologie humaine mais aussi ceux suscités par l'environnement et l'ensemble des facteurs extérieurs au corps humain (aliments, produits pharmaceutiques, cosmétiques, eaux potables, pollution de l'air), ceux qui naissent des comportements et habitudes de vie, enfin l'organisation du système sanitaire.

L'équation traditionnelle entre niveau de santé et nombre de médecins et d'hôpitaux ne paraît, en effet, plus tenir compte de la réalité de la morbidité actuelle.

Si l'espérance de vie s'est sensiblement accrue entre 1941 et 1971, elle est essentiellement due à la forte baisse de la mortalité infantile (de 102/1000 en 1921 à 61/1000 en 1941 et 17,5/1000 en 1971) et elle ne s'est pas réellement améliorée chez l'homme au-delà des années d'enfance. L'écart entre l'espoir de vie entre

homme et femme qui n'était que de deux ans en 1931 a atteint sept ans en 1971.

Le Canada doit, en conséquence, plus que d'autres pays, faire face à un problème sérieux de mortalité masculine :

ANNÉE 1971

Cause	Années perdues hommes	Années perdues femmes
Accidents de la route	154,000	59,000
Cardiopathie ischémique	157,000	36,000
Tous les autres accidents	136,000	43,000
Maladies respiratoires et cancer du poumon	90,000	50,000
Suicide	51,000	18,000
Total	588,000	206,000

Si l'importance de chaque cause de décès varie suivant le sexe et le groupe d'âge, on constate, à tous âges, la très grande importance des accidents de la route, de même que celle des suicides, particulièrement nombreux chez les minorités indiennes.

ANNÉE 1971

Cause	Décès hommes	Décès femmes
1. Accidents :		
a) de la circulation routière	4,100	1,600
b) autres moyens de transport	500	70
c) travail	700	55
d) noyades	600	150
2. Cancer du poumon	4,600	800
3. Bronchite, asthme et emphyème	2,800	700
4. Suicide	1,900	700
5. Cirrhose du foie	1,300	650

Les maladies coronariennes deviennent et demeurent la principale cause de décès chez l'homme, à partir de quarante ans et chez les femmes à partir de cinquante ans.

Principales causes de mortalité	Nombre de décès	Pourcentage de l'ensemble des décès	Âge critique
Cardiopathie ischémique	48.975	31,1	40 et plus
Maladies cérébro-vasculaires	16.067	10,2	65 ans et plus
Maladies respiratoires et cancer du pou- mon	15.677	10,0	Moins d'un an et 55 ans et plus
Accidents de la route et tous les autres accidents	12.031	7,6	Tous les âges
Cancer de l'appareil gastro-intestinal	7.947	5,1	50 ans
Cancer du sein, de l'utérus et des ovaires .	4.816	3,1	40 ans et plus
Maladies particulières aux nouveau-nés ..	3.299	2,1	Moins d'une semaine
Suicide	2.559	1,6	15 à 65 ans
Anomalies congénitales	1.967	1,3	Moins d'un an
Total	113.338	72,1	
Total des décès	157.272	100,0	

Dans l'ensemble, les principales causes de mortalité sont maintenant *dues aux maladies chroniques et aux accidents et non plus aux maladies infectieuses*, ce qui constitue un changement radical par rapport à la situation au début du siècle. En 1900, six des dix principales causes de décès étaient dues à des infections. En 1970, aucune maladie infectieuse ne figurait parmi les dix principales causes de décès sauf la pneumonie grippale. Ce phénomène doit orienter toute action en la matière. C'est donc une conception nouvelle et largement préventive qui s'impose, englobant une action sur les comportements et modes de vie. Car, face à ces problèmes de santé, le système de distribution de soins, même perfectionné comme il l'est, reste en partie inefficace, ne serait-ce que parce qu'il vise plus aux traitements des maladies aiguës qu'aux soins à apporter aux malades chroniques. Une révision s'impose en la matière et revêt une urgence croissante puisque les besoins augmenteront au fur et à mesure de l'augmentation du pourcentage de la population âgée du Canada. Les plus de soixante-cinq ans étaient 8 % en 1965, ils seront de 11 % en 2000.

La population se doit donc d'assumer la responsabilité des maladies imputables à la dégradation du milieu et modifier ses habitudes de vie. Une action importante est tentée en ce sens.

Dans le remarquable rapport qu'il vient de présenter, intitulé « Le programme de santé naturel et provincial du Canada pour les années 1980 — Engagement au renouveau » M. Hall insiste parti-

culièrement sur cette responsabilité personnelle et sur l'importance des comportements et modes de vie.

Le développement de la médecine préventive et de la prévention et éducation se situent dans cette perspective.

De même, paraît s'imposer le développement d'une médecine de *réadaptation* et de soins post-curatifs, s'agissant par exemple des personnes âgés, afin de favoriser le retour à la santé après la période de soins intensifs.

C'est dans ce changement d'orientation global que peut se situer l'essor de ce que l'on nomme au Canada : « *les soins de santé communautaires* », notions difficilement traduisibles et transposables ici.

Comme l'observe même M. Hall : « Il n'y a pas de nom ou de définition qui soit accepté dans tout le pays pour désigner la gamme des services prodigués en dehors des salles d'hôpitaux et des cabinets des docteurs. » Il s'agit généralement de tous les soins non donnés dans les institutions : soins ambulatoires, soins à court terme, soins à domicile...

Les frontières externes de cette santé communautaire sont peu définies : elle peut englober l'éducation sanitaire pour les groupes qui présentent des risques, ou l'aide aux personnes qui requièrent plus que l'assistance médicale en même temps que le traitement de la maladie.

Il ne s'agit pas seulement d'une question d'organisation mais d'idéologie qui sépare d'ailleurs les provinces.

On verra plus loin l'expérience du Québec qui, dans sa recherche de globalité est allé jusqu'à mêler dans l'institution des « centres locaux de soins communautaires » le médical au social.

Mais nous retiendrons surtout, pour l'instant, cette interrogation profonde de la société canadienne sur la signification, le contenu et la portée d'une politique de santé, interrogation rendue plus délicate dans ce vaste pays qu'ailleurs, en raison de l'enchevêtrement des compétences.

III. — L'ACTION SOCIALE

Le système actuel de sécurité sociale est l'aboutissement d'un éventail de programmes fédéraux et provinciaux mis en place au fil des années pour répondre à des besoins particuliers. Les régimes provinciaux d'accidents du travail remontent, on l'a dit, aux années 1880. En 1917, les gouvernements provinciaux légifèrent sur le salaire minimum et le Gouvernement fédéral en fit autant pour ses propres industries. Le premier régime d'assurance chômage fut introduit en 1940. Depuis ce temps, sont venus s'ajouter les lois sur l'assurance maladie et l'assurance hospitalisation, les régimes de pensions, des allocations familiales et toute une série de programmes de services sociaux.

Le caractère hétéroclite de la législation fédérale provinciale en matière de bien-être, les problèmes de l'inégalité d'accès au travail et le chevauchement des programmes ont entraîné une réforme notable de la sécurité sociale en 1973-1974.

● Présentement, les administrations publiques fédérales, provinciales et municipales offrent une gamme élargie mais sans doute encore incomplète et insuffisamment coordonnée de programmes destinés à assurer la sécurité du revenu et des services sociaux aux résidents canadiens, auxquels s'ajoutent les services fournis par des organismes bénévoles. La responsabilité en incombe avant tout, sur le plan fédéral, au ministère de la Santé nationale et du Bien-être qui administre le régime de pensions du Canada, le régime d'assistance publique du Canada, les programmes de la pension de la sécurité de la vieillesse, du supplément de revenu garanti et de l'allocation au conjoint ainsi que les allocations familiales.

Parmi les autres organismes fédéraux qui œuvrent en ce domaine, figurent la commission de l'Emploi et de l'Immigration, chargée du programme d'assurance chômage et du programme d'emploi, de formation et de relocalisation, le ministère des Anciens combattants, qui administre les pensions et allocations, les services du bien-être et les services de traitement à l'intention des anciens combattants, enfin le ministère des Affaires indiennes et du Nord, qui gère des programmes destinés aux autochtones.

Les *provinces*, avec l'aide parfois des municipalités, administrent des programmes d'assistance sociale et de bien-être dont les coûts peuvent être partagés avec le Gouvernement fédéral dans le cadre du régime d'assistance publique du Canada (R.A.P.C.).

Notons l'existence d'un Conseil national du bien-être social, organe consultatif composé de 21 citoyens et chargé d'exprimer auprès

du ministre fédéral de la Santé et du Bien-être les préoccupations et l'expérience des Canadiens à faibles revenus et des travailleurs sociaux. Ce souci de faire participer les intéressés à la détermination des politiques les concernant, a frappé notre délégation de même que les efforts très louables d'*information* sur les droits et démarches à accomplir.

Globalement, les programmes de sécurité du revenu fournissent directement de l'aide en argent aux personnes admissibles. Ils comprennent des programmes d'assurance revenu comme le Régime de pensions du Canada et le régime de rentes du Québec, une assurance chômage et une indemnisation des accidentés du travail, et des mesures de soutien financier comme la sécurité de la vieillesse, le supplément de revenu garanti et l'allocation au conjoint, les allocations familiales, et l'assistance sociale administrée par les provinces et les municipalités.

Les programmes de services sociaux fournissent certains services à ceux qui en font la demande (services d'intervention en cas de détresse, services d'information et de consultation, et planning familial). D'autres services spéciaux sont offerts à certains groupes et comprennent des services de prévention, de protection et de soutien pour les enfants, des services de soutien destinés aux personnes âgées, des services de réadaptation à l'intention des handicapés, des services de soins en internat pour les personnes qui en ont besoin, et des services d'intégration sociale à l'intention des personnes qui sont isolées de la vie communautaire ou qui risquent de le devenir. Ils comprennent également des services de développement et de prévention à l'intention de certaines collectivités. Notre délégation a pu apprécier l'ampleur de la gamme de services offerte en Ontario et le souci constant qu'ils correspondent effectivement aux besoins ressentis et exprimés.

Nous n'examinerons ici que certains programmes essentiels incluant une part de responsabilités fédérales, sans traiter de la diversité des programmes provinciaux existants concernant tant la sécurité des revenus que les services du bien-être, à l'intention des diverses catégories de population susceptibles d'en bénéficier.

**A. — Un programme fédéral-provincial à coûts partagés :
Le régime d'assistance publique du Canada (R.A.P.C.).**

Le régime d'assistance publique du Canada est le « véhicule » au moyen duquel, aux termes des ententes survenues avec les provinces, le gouvernement fédéral, par le biais du ministère de la Santé et du Bien-être, partage 50 % des coûts des programmes d'aide sociale menés par les provinces et les municipalités.

Les provinces ont compétence dans l'administration de l'assistance et décident des prestations à effectuer.

Nous avons vu comment, progressivement, avaient été adoptés des programmes catégoriels : en 1927, adoption de la loi sur les pensions de vieillesse, incluant, en 1937, l'assistance aux aveugles, et remplacée, en 1951, par deux programmes fédéraux-provinciaux ; s'y ajoute, en 1954, un troisième programme fédéral-provincial pour les invalides et, en 1956, un nouvel accord sur l'assistance-chômage.

Dans ces quatre programmes, le Fédéral ne faisait que partager les coûts avec les provinces qui, elles, administraient les programmes, tous à base d'une vérification des ressources.

Les provinces ont souhaité inévitablement que le Gouvernement fédéral participe pleinement aux coûts d'autres types d'assistance comme l'aide à l'enfance, les allocations aux mères, etc. ; les programmes *catégoriels* apparaissaient par ailleurs trop restrictifs quant aux conditions exigées, au revenu à ne pas dépasser ou au montant des prestations versées.

Ils ne prenaient pas, en effet, en compte certains besoins et ne prévoyaient pas des services pourtant indispensables comme de consultation ou de garderie d'enfants.

1. *Les objectifs du régime.*

Le R.A.P.C. diffère donc des programmes catégoriels par ces trois principaux objectifs qui, tous, **tendent à la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale** :

— assister les provinces dans le développement de programmes « compréhensifs » ayant pour but d'aider toute personne dans le besoin pour n'importe quelle raison ;

— encourager les mesures visant à maintenir des taux d'assistance tels qu'ils permettent aux bénéficiaires de garder un niveau de vie raisonnable ;

— aider au développement des services du bien-être qui vont encourager les bénéficiaires et leur permettre de se supporter eux-mêmes financièrement.

2. *Les bénéficiaires de l'assistance.*

Toute personne définie comme *étant dans le besoin quelle qu'en soit la cause*, et selon une évaluation qui prend en considération la différence entre les besoins et les ressources, le « déficit », peut se voir accorder une aide.

Celle-ci est basée sur le déficit existant entre les besoins essentiels en nourriture, logement, habillement, chauffage, etc. *tels que définis par la loi provinciale* et les ressources disponibles, incluant des prestations relevant de programmes catégoriels (pensions de vieillesse, assurance chômage ou salaires).

Aucune condition de résidence n'est exigée.

3. *Les services assurés par le R.A.P.C.*

Tous les services de bien-être financés par la province ou la municipalité et dont l'objectif est de prévenir, réduire ou éliminer les causes et effets de la pauvreté, la négligence à l'égard des enfants et la dépendance de l'aide sociale, sont acceptés.

Ils peuvent être étendus à un groupe plus vaste de personnes à bas revenus et non seulement à celles qui reçoivent l'assistance sociale.

On citera quelques exemples :

- services de réadaptation ;
- services sociaux personnels, services d'orientation, d'évaluation des besoins et de référence ;
- services de bien-être à l'enfance (protection, adoption, prévention des enfants dans les foyers) ;
- services ménagers à domicile, services de garde de jour (garderies) ;
- services d'auxiliaires familiaux ;
- services de développement communautaire ;
- divers services administratifs enfin nécessaires à la prestation de services de bien-être.

Peuvent en outre être couverts certains *besoins spéciaux* nécessaires à la sécurité, au bien-être et à la réadaptation d'une personne nécessiteuse comme les outils, équipements..., meubles, appareils prothétiques, outils nécessaires aux invalides.

Sont également inclus *les soins médicaux* n'entrant pas dans le champ des programmes d'assurance-santé provinciaux (services dentaires, gardes-malades, médicaments...), *les soins dans les institutions de bien-être* (foyers pour vieillards, pour mères célibataires...), les projets *d'adaptation au travail* destinés à améliorer les capacités d'emploi de personnes éprouvant des difficultés, *l'entretien* des enfants par le biais de services de santé, de soins divers, etc.

En plus des personnes nécessiteuses telles que définies par le régime, le Gouvernement fédéral peut contribuer aux coûts des orga-

nismes qui fournissent des services aux personnes qui seraient *probablement dans le besoin* si ces services ne leur étaient pas fournis.

Le montant des subventions fédérales est proportionnel au nombre de personnes admissibles.

Les taux d'assistance sociale sont déterminés par les autorités de chaque province.

• Globalement, si l'*administration et la gestion* de ces programmes sont du ressort provincial, les responsabilités du gouvernement fédéral consistent :

— à rembourser aux provinces 50 % des coûts partageables supportés (soit, pour 1977-1978, un milliard et demi de dollars),

— à fournir un service consultatif en rapport avec le développement des programmes,

— à recueillir et diffuser les rapports statistiques et généraux et toutes études portant sur les divers programmes.

Au 31 mars 1978, c'est plus d'un million et demi de Canadiens (soit environ 6 %) qui étaient assistés en vertu du R.A.P.C.

B. — Un programme fédéral : les allocations familiales.

La loi de 1973 sur les allocations familiales, qui est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1974, a remplacé celle de 1944 et celle de 1964 sur les allocations aux jeunes.

1. Champ d'application.

Aux termes de la loi, les allocations familiales sont payables mensuellement pour tout enfant à charge âgé de moins de dix-huit ans résidant au Canada et entretenu par un citoyen canadien ou par un immigrant reçu résidant au Canada ou encore, dans certains cas, par un non-immigrant admis au Canada à certaines conditions. L'allocation peut être versée si l'enfant ou le parent est hors du Canada dans des circonstances déterminées. Elle est normalement versée à la mère de l'enfant.

Les allocations familiales sont imposables et doivent être comptées dans le revenu de la personne qui déclare l'enfant à sa charge.

Des allocations mensuelles spéciales non imposables sont payables à l'égard de tout enfant âgé de moins de dix-huit ans dont

le soin est confié à une administration publique, à un organisme public ou à un établissement privé reconnu. Ces allocations sont habituellement versées à l'établissement qui assure le soin de l'enfant, mais elles peuvent être versées aux parents nourriciers à la demande de l'établissement.

Dans l'ensemble, ces prestations visent à compenser le coût que représente la charge d'un enfant, plus qu'à inciter à la natalité. Les autorités fédérales nous ont semblé accepter la réalité que représente la chute de la natalité, sans croire que des mesures financières ou autres puissent sérieusement y remédier.

2. *Le taux des prestations.*

La loi prévoit un relèvement des allocations familiales et spéciales au début de chaque année, si l'indice des prix à la consommation a augmenté.

Le taux fédéral des allocations était, en 1979, de 20 dollars pour chaque enfant admissible et de 21 dollars en juillet 1980.

Des modulations demeurent possibles.

La loi fédérale sur les allocations familiales prévoit, en effet, qu'une loi provinciale peut modifier l'allocation fédérale mensuelle (mais non l'allocation spéciale) payée dans cette province à condition :

— que les taux soient basés uniquement sur l'âge de l'enfant, le nombre d'enfants dans la famille, ou les deux ;

— qu'aucun taux mensuel ne soit inférieur à 60 % du taux fédéral ;

— que le montant total des allocations familiales versées dans la province soit, dans la mesure du possible, d'un même montant que le taux fédéral, s'il avait été appliqué. Seuls le Québec et l'Alberta ont établi leurs propres taux qui varient, pour le premier avec le nombre d'enfants, et pour le second avec l'âge, le Québec ajoutant d'ailleurs (de même que l'île du Prince-Edouard) un supplément provincial non imposable.

QUEBEC
Année 1979.

	Taux fédéral	Taux du supplément provincial
Par famille :		
1 ^{er} enfant	12,00	5,92
2 ^e enfant	18,00	7,92
3 ^e enfant	36,95	9,80
Par enfant supplémentaire ..	46,05	11,85

Un montant additionnel de 5,00 dollars est également versé à chaque enfant âgé de douze ans et plus.

Soulignons que les *dépenses fédérales* au titre de ce programme se sont élevées, en 1977-1978, à 2,12 milliards de dollars et que s'y ajoute, depuis janvier 1979, un *programme fédéral de crédit d'impôt remboursable* au titre des enfants.

Son but est de prévoir, pour les familles ne percevant que de faibles revenus ou des revenus moyens, une assistance supplémentaire pour compenser les dépenses effectuées pour élever des enfants. La prestation s'ajoute aux allocations familiales et est ordinairement payée à la mère.

Le programme est financé par l'impôt sur le revenu. Le crédit d'impôt pour 1979, était de 200 dollars pour chaque enfant « admissible », payable aux familles bénéficiant d'un revenu annuel inférieur à 18.000 dollars. Le crédit et les niveaux de revenu de base sont majorés annuellement selon l'évolution des prix.

C. — Sécurité des revenus des personnes âgées.

Deux programmes sont à considérer. D'inspiration très distincte, le premier a une portée universelle et n'impose aucune contribution, le second exige le versement de cotisations préalables.

1. *Pension de la sécurité de la vieillesse,
supplément du revenu garanti et allocation au conjoint.*

• *Champ d'application de la sécurité de la vieillesse.*

Toute personne âgée de soixante-cinq ans et plus et satisfaisant à une unique condition de durée de résidence peut recevoir une pension de sécurité de la vieillesse, à condition qu'elle ait la citoyenneté canadienne ou qu'elle ait résidé légalement au Canada immédiatement avant l'acceptation de sa demande.

Aucune condition de versement de cotisation ou de ressources n'est exigée.

Les requérants qui résident hors du pays doivent avoir été citoyens canadiens ou avoir résidé légalement au Canada au moment où ils ont quitté le pays.

Les conditions à remplir sont les suivantes : le requérant doit avoir résidé au Canada :

a) durant les dix années qui précèdent l'acceptation de sa demande ; toute absence pendant cette période de dix ans peut être compensée si le requérant a vécu au Canada avant ces dix ans, après l'âge de dix-huit ans, pendant une durée égale au triple des périodes d'absence et, s'il a résidé au Canada, pendant une année complète, immédiatement avant l'acceptation de sa demande ;

b) ou pendant quarante ans depuis l'âge de dix-huit ans.

Un pensionné peut quitter le Canada et continuer à recevoir ses prestations indéfiniment s'il a vécu au Canada pour une durée totale de vingt ans depuis l'âge de dix-huit ans sinon, la pension n'est versée que pour le mois du départ et pour six autres mois. Dans le cas d'un pensionné qui réside au Canada et qui est temporairement absent, le versement de la pension reprend à son retour. Lorsqu'un pensionné cesse de résider au Canada, le versement ne reprend que s'il réside à nouveau au Canada.

En vertu des modifications entrées en vigueur le 1^{er} juillet 1977, la pension de la sécurité de la vieillesse est acquittée à raison de un quarantième de la pension complète pour chaque année de résidence au Canada après l'âge de dix-huit ans. Cela signifie qu'une personne ayant résidé au Canada durant quarante ans après l'âge de dix-huit ans a droit à la pension complète et que les personnes ayant résidé pendant moins de quarante ans ont droit à une partie de la pension correspondant au minimum, aux dix quarantièmes de la pension totale, pour une durée de résidence au Canada de dix ans au minimum après l'âge de dix-huit ans.

En avril 1979, la pension complète était de 170,30 dollars.

Les modifications apportées à la loi, en 1977, ont permis au programme de faire l'objet d'accords de réciprocité internationaux. Le Canada a conclu, en ce sens, deux accords dont un avec l'Italie et l'autre avec la France et qui devraient permettre à des personnes qui réident ou ont résidé dans l'autre Etat signataire de totaliser leurs périodes de résidence dans cet Etat avec celles vécues au Canada, afin d'atteindre le minimum exigé pour l'ouverture des droits.

● *Le supplément de revenu garanti créé en 1967.*

Les pensionnés qui bénéficient des prestations de la sécurité vieillesse et qui n'ont pas d'autres revenus ou seulement de très faibles revenus supplémentaires, peuvent, sur demande, recevoir un *supplément complet ou partiel* (S.R.G.). Le droit à ce supplément est normalement déterminé d'après le revenu imposable de l'année précédente. Le supplément de revenu garanti maximum est réduit de 1 dollar par mois pour chaque 2 dollars d'autre revenu. S'il s'agit d'un couple marié, on considère que chaque conjoint dispose de la moitié du revenu global. Le S.R.G. est ajouté au chèque de sécurité vieillesse du pensionné. Il est payable à l'étranger pendant les six mois qui suivent le départ du Canada.

Le supplément de revenu se montait, en avril 1979 à 139,89 dollars.

● *Allocation de conjoint (1975).*

Le Gouvernement, conscient de la situation difficile dans laquelle se trouvaient un grand nombre de couples n'ayant pour tout revenu qu'une seule pension, a mis en vigueur depuis octobre 1975 un programme d'allocation au conjoint.

Le conjoint d'un pensionné de sécurité de la vieillesse (S.V.) a droit à une allocation au conjoint (A.C.) totale ou partielle s'il est âgé de soixante à soixante-quatre ans et s'il satisfait aux exigences relatives à la résidence prévues pour la pension de S.V.

En avril 1979, l'allocation au conjoint était payable, sur demande, si le revenu annuel du couple était inférieur à 8.352 dollars, sans compter la pension de sécurité de la vieillesse, le supplément de revenu garanti et l'allocation au conjoint.

Le montant maximum de l'A.C. est égal à la pension de S.V. plus le S.R.G. maximum au taux applicable pour les personnes mariées. La portion de l'A.C. équivalant à la pension de la S.V. est

réduite de 3 dollars par mois pour chaque tranche de 4 dollars d'autre revenu jusqu'à ce qu'elle atteigne le niveau maximum du S.R.G. Ensuite, la portion de l'A.C. équivalant au S.R.G. et le S.R.G. du pensionné sont tous deux réduits de 1 dollar pour chaque tranche de 4 dollars d'autre revenu.

L'A.C. est payable à l'étranger pendant les six mois qui suivent le mois de départ du Canada du pensionné ou de son conjoint. Dans le cas d'une absence temporaire du pays, les paiements reprennent lorsque le pensionné ou son conjoint revient au Canada, si les autres conditions d'admissibilité sont satisfaites. Si le pensionné ou son conjoint cesse de résider au Canada, les paiements ne reprennent que lorsque la personne établit à nouveau sa résidence au Canada.

Le montant maximum de l'A.C. était, en avril 1979, de 286,71 dollars.

• *Régime fiscal de ces prestations et indexation.*

La pension de la sécurité de la vieillesse est imposable. Le supplément de revenu garanti et l'allocation au conjoint ne le sont pas, mais doivent être compris dans le revenu net d'une personne à charge aux fins d'impôts.

La pension de S.V., le S.R.G. et l'A.C. peuvent être majorés en janvier, avril, juillet et octobre pour tenir compte des hausses de l'indice des prix à la consommation. Ces programmes sont administrés par Santé et Bien-être Canada et financés au moyen du Fonds du revenu consolidé.

• *Nombre des bénéficiaires et total des dépenses.*

En septembre 1978, on comptait plus de 2 millions de bénéficiaires dont :

— Bénéficiaires de la S.V. seulement	978.240
S.V. + S.R.G.	1.135.178
	<hr/>
	2.113.418
— Allocation au conjoint	74.699
	<hr/>
— Total des bénéficiaires	2.188.117
	<hr/> <hr/>

pour un coût total, pour l'année 1977-1978, de 4,86 milliards de dollars.

2. *Le régime de pensions du Canada
et le régime de rentes du Québec (1965)*

• *Le financement.*

Le régime de pensions du Canada (R.P.C.) est un régime de **pensions obligatoire fondé sur des cotisations proportionnelles aux gains** et couvrant la plupart des travailleurs âgés de dix-huit à soixante-dix ans. La loi est entrée en vigueur le 5 mai 1965, la perception des cotisations a commencé en janvier 1966 et les premières prestations ont été versées, sous forme de pensions de retraite, en janvier 1967. Le régime s'applique dans tout le Canada, sauf au Québec où existe le régime de rentes du Québec. Les régimes du Québec et du Canada comportent des dispositions administratives visant les cotisants aux deux régimes, de façon que les cotisations versées aux termes de l'un des régimes soient prises en compte aux fins de l'autre régime lorsqu'une personne passe d'une région couverte par l'un à une région couverte par l'autre. Les cotisations des salariés s'élèvent à 1,8 % des gains ouvrant droit à pension. En 1979, les premiers 1.000 dollars de salaires étaient exclus et le maximum de gains cotisables était fixé à 11.700 dollars.

Un montant équivalent est versé par l'employeur. Dans le cas des travailleurs autonomes, le taux est de 3,6 % sur la même tranche de gains.

• *Les prestations.*

1. *La pension de retraite* elle-même : elle est payable sur demande, dès l'âge de soixante-cinq ans, que le bénéficiaire occupe un emploi rémunéré ou non à ce moment. Elle équivaut à 25 % de la valeur moyenne des gains ouvrant droit à pension, pour le nombre d'années au cours desquelles il a dû verser des cotisations.

Bien qu'une pension soit payable sur demande dès l'âge de soixante-cinq ans, les personnes âgées de soixante-cinq à soixante-neuf ans et occupant un emploi peuvent retarder le moment de leur demande et continuer de cotiser si elles le jugent avantageux. Cependant, toute personne ayant atteint soixante-dix ans devrait présenter une demande puisque après cet âge, elle ne peut plus être cotisante.

2. *Les pensions d'invalidité.* Elles sont versées aux personnes qui ont payé des cotisations pendant au moins cinq années civiles complètes ou partielles au cours des dix dernières années et dont il a été déterminé qu'elles souffraient d'une invalidité mentale ou physique grave et prolongée. Cette pension, qui devient payable le quatrième mois qui suit l'attestation de l'invalidité, consiste en un

montant mensuel fixe (52,50 dollars en 1979) et un montant égal à 75 % de la pension de retraite du cotisant calculée au taux qui serait applicable si le bénéficiaire avait atteint soixante-cinq ans au moment où la prestation d'invalidité a commencé.

Les enfants de personnes bénéficiant d'une pension d'invalidité reçoivent des prestations au même taux mensuel et aux mêmes conditions d'admissibilité que celles qui s'appliquent aux orphelins.

3. *Les pensions de conjoint survivant*, elles, sont versées sur demande aux survivants (conjoint et orphelins) d'une personne qui a cotisé au régime pendant au moins le tiers des années civiles au cours desquelles elle aurait pu cotiser. La pension entière de survivant est payable à un conjoint invalide, à un conjoint ayant des enfants à charge, et à un conjoint âgé de quarante-cinq ans ou plus. Une pension partielle est payable à un conjoint âgé de trente-cinq à quarante-cinq ans. La pension entière de survivant pour un conjoint âgé de moins de soixante-cinq ans comprend un montant fixe (52,50 dollars en 1979) et un montant égal à 37,5 % de la pension de retraite effective du cotisant ou de la pension de retraite imputée si le cotisant ne recevait pas encore de pension au moment de son décès. Lorsque le conjoint atteint l'âge de soixante-cinq ans et devient admissible à la pension de sécurité de la vieillesse, la pension de survivant qu'il reçoit est modifiée pour s'établir à 60 % du montant effectif ou imputé de la pension de retraite.

4. *Les prestations aux orphelins*. Elles sont versées pour le compte des enfants non mariés d'un cotisant décédé, à charge jusqu'à l'âge de dix-huit ans, ou de vingt-cinq ans si l'orphelin continue à fréquenter l'école ou l'université à temps plein. Pour chaque enfant, le montant est égal au montant fixe de la pension de survivant (52,50 dollars en 1979). Un orphelin ne peut recevoir une prestation qu'au nom d'un seul cotisant décédé.

5. *La prestation de décès*. D'un montant global égal à six fois la pension de retraite mensuelle du cotisant décédé jusqu'à concurrence de 10 % du maximum des gains ouvrant droit à pension pour l'année du décès, elle est versée à la succession du cotisant si celui-ci a cotisé au régime pendant au moins le tiers des années civiles au cours desquelles il aurait pu cotiser.

● *Régime fiscal et indexation.*

Les cotisations versées sont déductibles du revenu imposable mais les prestations sont, quant à elles, soumises à l'impôt.

En 1966 et 1973, le taux annuel d'augmentation des prestations pour tenir compte du coût de la vie, était limité à 2 % par an. Cependant, depuis le début de 1974, toutes les prestations sont révi-

sées annuellement pour tenir compte de l'augmentation totale du coût de la vie.

Soulignons que, depuis 1978, a été introduit un *partage des pensions en cas de divorce*.

Les droits à pension, acquis par un des conjoints ou par les deux, au cours de leur mariage, peuvent être divisés en parts égales en cas de divorce ou d'annulation du mariage.

Le partage des droits portera sur toutes les années de mariage depuis la création du R.P.C., en 1966, jusqu'à ce que l'un des conjoints quitte le foyer. Toutefois, les conjoints doivent avoir vécu ensemble pendant au moins trois années consécutives durant le mariage et les demandes de partage doivent être faites dans les trois années qui suivent la dissolution du mariage. Cette disposition ne concerne que les mariages dissous à compter du 1^{er} janvier 1978.

D. — La sécurité des revenus des travailleurs.

Elle est essentiellement assurée par deux programmes qui concernent la grande majorité des travailleurs : la loi sur l'assurance chômage (qui s'étend d'ailleurs à toute période de congé forcé comme la maladie et la grossesse) et l'indemnisation des accidents du travail.

Chacun d'entre eux est financé essentiellement par des cotisations patronales et salariales et se traduit par des prestations calculées en pourcentage du salaire, plafonné, et versées durant une période limitée.

1. *Loi sur l'assurance chômage.*

Le programme d'assurance chômage a été établi au Canada en 1940. Il vise essentiellement à « faciliter les contacts entre travailleurs en chômage et employeurs » et prévoit un revenu temporaire de remplacement pour les chômeurs à la recherche d'un emploi approprié. Parallèlement, il permet à ceux qui en font la demande de bénéficier immédiatement de services de formation et de placement et de se déplacer afin de trouver un emploi permanent adapté.

La participation au programme étant obligatoire pour la quasi-totalité des salariés, environ 98 % des travailleurs sont couverts et peuvent bénéficier, en conséquence, de diverses prestations.

Pour bénéficier de l'assurance, les travailleurs salariés doivent avoir travaillé au moins vingt heures hebdomadaires ou, s'ils sont rémunérés à la tâche, avoir perçu un gain minimum ; l'assurance chômage ne protège pas les travailleurs autonomes.

• *Conditions d'admissibilité aux prestations.*

Pour percevoir les prestations ordinaires, le salarié doit avoir accepté un emploi assurable pendant une période comprise entre dix et quatorze semaines au cours de l'année écoulée. Le nombre de semaines requis dépend du taux de chômage dans la région où réside le requérant. Cette durée de travail antérieure est prolongée jusqu'à vingt semaines en cas de demandes réitérées de prestations ou d'entrée récente sur le marché du travail.

L'intéressé doit, en outre, être apte au travail et faire la preuve de sa recherche d'un emploi, à moins qu'il ne suive des cours de formation.

En plus des prestations ordinaires, peuvent être accordées des prestations spéciales en cas de maladie, d'accident ou de maternité, de même qu'un versement global spécial lorsque le travailleur atteint soixante-cinq ans.

Pour obtenir ces prestations, les intéressés doivent avoir travaillé pendant vingt semaines au moins au cours de l'année écoulée.

• *Durée de versement des prestations.*

— **Prestations ordinaires** : le requérant peut percevoir une semaine de prestations pour chaque semaine de travail effectué dans un emploi assurable au cours de l'année, jusqu'à concurrence de vingt-cinq semaines. Quand il a épuisé les prestations auxquelles il a droit en fonction du nombre de semaines de travail, des semaines de prestations supplémentaires peuvent être versées, variables suivant le taux de chômage régional. En ce cas, la période maximale de versement est de trente-deux semaines. Mais, quelle que soit la situation de l'intéressé, l'indemnisation ne saurait dépasser cinquante semaines.

— **Prestations spéciales** : Les prestations de maladie ne peuvent être versées que pendant un maximum de quinze semaines. Il en est de même en ce qui concerne les femmes enceintes en congé de maternité qui peuvent percevoir des prestations pendant un maximum de quinze semaines, pendant la période précédant et suivant la date de l'accouchement. C'est enfin une somme globale équivalente à trois semaines de prestations qui est offerte aux salariés atteignant soixante-cinq ans.

• *Taux des prestations.*

Le taux de la prestation hebdomadaire est de 60 % de la moyenne des gains assurables pour les vingt dernières semaines d'emploi.

En 1979, la prestation maximale était de 159 dollars par semaine.

Environ 400 employeurs ayant plus de 400.000 salariés offrent des *régimes de prestations supplémentaires* qui s'ajoutent aux prestations légales et permettent aux salariés en congé temporaire de percevoir un revenu identique à celui dont ils bénéficiaient antérieurement.

• *Régime juridique des prestations.*

Les prestations sont imposables, mais les cotisations d'assurance chômage sont déductibles du revenu imposable. Soulignons que les travailleurs à revenu annuel élevé dépassant (y compris les prestations chômage) un certain plafond devront rembourser 30 % de ces prestations.

• *Financement du régime.*

Ce programme est financé par les salariés, les employeurs et le Gouvernement fédéral.

Les cotisations des salariés sont de 1,35 %, tandis que la cotisation patronale est de 1,89 %.

L'ensemble des cotisations patronales et salariales financent le coût des prestations versées au cours des deux premières périodes de prestations à des requérants bénéficiant d'assurance chômage ordinaire, de formation et de création d'emploi. Quand le taux de chômage atteint un certain niveau (6,6 % en 1979) le gouvernement paie également une partie du coût de la première période de prestations initiales de formation et de création d'emploi. Il assure intégralement le coût des prestations versées aux pêcheurs et celui de la troisième période de versements basés sur le taux régional de chômage.

En 1978, la quote-part du gouvernement s'est élevée à 2,26 milliards de dollars, celle des employeurs et salariés à 2,5 milliards, soit, au total 4,76 milliards de dollars pour une population assurée d'un peu moins de 10 millions de personnes.

La même année, 803.000 travailleurs ont reçu des prestations pour un total de 4,5 milliards de dollars.

2. Indemnisation des accidentés du travail.

Dans chaque province, la loi prévoit l'indemnisation des accidents ou décès survenus au travail. Les employés de banque, les employés de maison et les travailleurs agricoles en sont encore exclus, sauf en Ontario où leur protection est obligatoire, et au Québec où elle est obligatoire pour les employés de banque.

Les employeurs qui le désirent peuvent toutefois prévoir la protection de leurs salariés exclus de la protection obligatoire.

1. Les cotisations sont payées par les employeurs à des taux variant, comme dans notre législation, selon les risques d'accidents de l'activité exercée.

2. Les prestations d'indemnisation comprennent des versements en espèces et le paiement de tous les frais médicaux, hospitaliers et de réadaptation professionnelle.

L'indemnisation en cas d'accident varie selon :

- le degré d'invalidité déterminé par un médecin,
- la durée de l'invalidité, qu'elle soit temporaire ou permanente.

Son maximum est fixé à 75 % des gains bruts, plafonnés à un niveau fixé par chaque province. Au Québec, l'indemnisation est basée sur 90 % des gains nets sur un plafond, en 1979, de 20.000 dollars.

Des prestations sont versées, en cas de décès, au conjoint survivant et aux enfants à charge et, éventuellement, à une personne à charge.

Elles ne sont pas imposables.

E. — Un effort de réflexion sur l'action sociale.

De même que s'est progressivement dégagée une conception élargie de la santé, de même se développe un effort critique sur les actions menées en matière sociale.

Ces diverses formes de prestations et de services mises en place n'ont pas à l'évidence supprimé la pauvreté mais l'ont rendue peut-

être plus difficile à combattre. L'action sociale, en effet, fait naître chez les uns des comportements d'assistés et peut transformer les autres en exclus plus marginalisés encore du fait qu'ils ne peuvent bénéficier des services organisés.

Dans ce domaine, également, une conception globale paraît s'être récemment imposée. Est de plus en plus clairement affirmée, en effet, la volonté de passer du traitement à la prévention et à la *promotion même du bien-être*. Elle se traduit par le souci d'accroître la prise de conscience par l'individu de ses responsabilités : prendre en charge sa santé, conquérir son autonomie.

Historiquement, le système de protection sociale mis progressivement en place s'est inspiré largement, dans les années d'après-guerre, des idées émises par lord Beveridge, suivant lesquelles toute personne a droit à une certaine qualité de vie à partir d'un revenu de base minimum. Les personnes en mesure de travailler tirent ce revenu de leur emploi, tandis que celles qui en sont incapables bénéficient de pensions ou d'allocations.

Mais le souci de maintenir une *incitation au travail*, en même temps que de favoriser l'*indépendance financière* des intéressés a conduit à des mesures qui se veulent éloignées de toute notion d'assistance. Il s'agit, là aussi, non seulement de répondre à un besoin, mais de *prévenir ce besoin* et d'offrir les services qui permettront aux intéressés de ne pas tomber dans la situation de « nécessiteux ». La lutte contre la pauvreté est ainsi la prévention contre le risque de pauvreté.

Ces idées nouvelles sont remarquablement exprimées dans une étude entreprise en 1970 sur la politique sociale, et dont les résultats ont été publiés dans un Livre blanc intitulé « La sécurité du revenu au Canada ». Il y était notamment précisé : « Il faut maintenant mettre l'accent sur les *mesures de lutte contre la pauvreté*, et il faut le faire d'une façon qui permette la plus grande *concentration possible des ressources disponibles au profit de ceux qui ont les revenus les plus faibles*. Dans tous les cas possibles, il faudrait remplacer les prestations universelles, qui ne tiennent aucun compte du revenu réel de l'assisté, par des prestations *sélectives* qui, elles, seraient fonction du revenu. De plus, les programmes d'assurance sociale devraient être étendus aux domaines où l'on peut *prévenir* ou diminuer la pauvreté. Le résultat devrait être une base de revenu plus stable pour les familles à faible revenu. »

Le Livre blanc proposait une révision des politiques de sécurité de revenu qui permettrait une reformulation des priorités et la définition d'une gamme de programmes mieux adaptés aux besoins fondamentaux. Il proposait ainsi le remplacement des allocations familiale par un régime de garantie du revenu familial, une augmentation du taux des prestations en faveur des personnes âgées démunies,

diverses modifications du régime de pensions de vieillesse ; il recommandait aux autorités provinciales et fédérales de réexaminer le régime d'assistance publique.

D'autres progrès enregistrés dans le domaine de la sécurité sociale se sont concrétisés par la publication, en avril 1973, du « Document de travail sur la sécurité sociale au Canada ». Il précise les directives applicables à l'étude globale du système canadien de sécurité sociale à effectuer conjointement par les gouvernements fédéral et provinciaux. Ce document a été précédé par l'annonce officielle des cinq principes directeurs d'une révision de la sécurité sociale, qu'il s'avère particulièrement intéressant de mentionner :

— un revenu garanti équitable pour les personnes qui ne peuvent travailler ;

— l'incorporation dans le système de sécurité sociale d'une série d'incitations au travail ;

— un rapport juste et équitable entre salaires minimaux, niveaux de revenu garanti pour ceux qui ne peuvent travailler et allocations versées aux chômeurs ;

— suffisamment de souplesse pour que les provinces puissent adapter les programmes aux besoins locaux ;

— une révision du système de sécurité sociale qui devra être entreprise par les gouvernements fédéral et provinciaux.

Le document de travail définit, au titre de la contribution fédérale à cette révision, un cadre de cinq stratégies et de quatorze propositions.

La première est celle de l'emploi, afin que les intéressés tirent un revenu d'un travail plutôt que de l'assistance sociale. Elle reconnaît que la principale responsabilité en la matière relève de la politique économique, mais le soutien de celle-ci sous-entend trois propositions, à savoir :

— l'élimination des incitations négatives à la formation ou à l'emploi ;

— la création de services de placement, d'orientation et de formation améliorés ;

— le lancement d'un programme d'activités communautaires.

La deuxième stratégie est celle de l'assurance sociale appuyée par l'idée selon laquelle l'assurance chômage et le régime de pensions doivent constituer la première ligne de défense contre les pertes de revenu imprévues et le fondement sur lequel il faut baser le revenu à la retraite.

La troisième stratégie est celle du *supplément de revenu* qui implique le soutien de ceux dont les gains provenant d'un emploi ou de prestations de l'aide sociale sont insuffisants.

Elle comporte cinq propositions, à savoir :

- augmentation des allocations familiales, devenant impossibles ;
- supplément de revenu pour les pauvres qui travaillent ;
- supplément de revenu jusqu'à un niveau de revenu garanti pour ceux qui ne sont pas censés travailler — les personnes âgées, les invalides, les familles monoparentales autodépendantes avec enfants à charge ;
- possibilité d'accepter un système de supplément de revenu en remplacement du système pension de vieillesse/supplément de revenu garanti ;
- assistance sociale en cas d'urgence.

La quatrième stratégie est celle des *services sociaux et des services d'emploi* qui précise que divers services sociaux et services d'emploi s'imposent si l'on veut que les stratégies d'emploi et de supplément de revenu soient viables. A cette fin, deux propositions sont formulées :

- création de services personnels — services de formation, d'orientation, de placement et de réadaptation ;
- création de services institutionnels, par exemple maisons de repos et garderies.

La cinquième stratégie est une *action fédérale-provinciale* destinée à répondre au désir éventuel d'une certaine souplesse au niveau des programmes, *souplesse qui permettrait aux provinces de modifier les niveaux de prestations des programmes sociaux* du Gouvernement fédéral.

Trois propositions sont énoncées dans cette optique :

- les niveaux des garanties de revenu choisis par les provinces doivent respecter les normes minimales établies par le Parlement du Canada dans l'optique des programmes régis et financés par le Gouvernement fédéral ;
- les normes ou minima nationaux seront établis par le Parlement afin de promouvoir l'unité nationale en évitant les disparités de revenu extrêmes et de définir la contribution globale que le Parlement est disposé à verser dans le cadre des programmes ;
- l'entrée en vigueur devrait être graduelle — un maximum de deux ans pour la révision et de trois à cinq ans pour la mise en application.

Si toutes ces propositions ne se sont pas encore traduites en droit et en fait, elles continuent d'inspirer les actions envisagées qui, toutes, tendent à assurer l'autonomie et l'indépendance des personnes.

* *

Après cet examen très général et nécessairement schématique de la politique sanitaire et sociale menée au Canada, un sort particulier doit être fait au Québec.

La délégation de la commission des Affaires sociales n'a pas, certes, voulu limiter à cette seule province, la « belle province », son examen « sur le terrain » des actions menées. Elle s'est rendue, immédiatement après Ottawa, en Ontario, à Toronto où l'accueil reçu fut on ne peut plus aimable et chaleureux.

La visite ontarienne s'est axée sur les problèmes des personnes âgées, des handicapés et de l'enfance. Les efforts menés en leur faveur, le souci très profond d'information et de participation des intéressés, de leur intégration dans le processus même des décisions les concernant, ont beaucoup frappé les membres de la délégation.

L'essentiel de ce qu'ils ont pu apprendre a été noté dans ce qui vient d'être exposé dans la première partie du rapport.

Ne pouvant tout décrire, ils ont dû se limiter et choisir de consacrer un développement particulier à la seule province de Québec dans la mesure où les expériences tentées leur ont semblé particulièrement originales.

En un sens, le Québec peut se présenter comme un « laboratoire social » qui mérite amplement d'être exploré.

DEUXIÈME PARTIE

LE CAS DU QUÉBEC : UN LABORATOIRE SOCIAL ?

Bien que le séjour au Québec n'ait duré que quatre jours, largement employés il est vrai, il n'est, là encore pas possible de tout exposer, ni de tout expliquer, chacun des sujets méritant à lui seul une étude complète et précise.

Il s'avère surtout difficile de rendre compte des sensations et sentiments éprouvés : de *plaisir* d'abord devant le charme du pays et l'accueil chaleureux et affectueux des responsables de tous niveaux rencontrés ; d'enthousiasme ensuite, devant certaines réalisations que l'on n'imagine guère en France, d'admiration enfin devant cette volonté de résoudre les difficultés en les affrontant pleinement, et devant ce qui nous est apparu comme une réussite : *un système de soins où règne la gratuité avec tiers payant intégral et qui n'est pas déficitaire, une conception de la santé très globale qui implique et se fonde sur la prise de conscience par chacun, professionnels et usagers, de ses droits mais aussi de ses devoirs et par-dessus tout, de ses responsabilités.*

L'admiration va aussi à la personnalité de certains hommes. Faute de les citer tous, nous retiendrons surtout celle de M. Denis Lazure, ministre des Affaires sociales, qui n'hésite pas à repenser sans cesse la politique à entreprendre et de M. Martin Laberge, président-directeur général de la Régie de l'assurance maladie, chirurgien recyclé dans la gestion, qui a su appliquer à l'Administration son don de diagnostic et de traitement sans oublier d'y mêler son extraordinaire chaleur humaine et son charme fort personnel.

Admiration enfin pour cette corporation professionnelle des médecins si soucieuse de défendre les intérêts des malades plutôt que ceux des professionnels.

Faute de pouvoir traduire et exprimer l'intensité de tout cela, le compte rendu de la délégation se bornera à décrire quelques éléments fondamentaux, regrettant de ne pouvoir faire passer dans les développements qui suivent le « souffle » et le « cœur » qui animent les responsables québécois.

I. — DONNÉES GÉNÉRALES

A. — Les compétences provinciales.

Nous ne reviendrons pas, pour situer le cadre général dans lequel s'insère la politique sociale du Québec, sur le problème de la répartition des compétences entre les deux niveaux de gouvernement sur lesquels nous nous sommes suffisamment étendus. Soulignons seulement que le Québec, plus que toute autre province, a entendu utiliser toutes les possibilités de légiférer que lui offrait l'Acte de 1867.

En matière de prestations sociales par exemple, le juge ayant déclaré constitutionnelle une loi fédérale de 1944 sur les allocations familiales tout en reconnaissant aux provinces juridiction en la matière, le Québec instaura son propre régime en 1967, modifié ultérieurement.

Pour ce qui a trait à la sécurité de la vieillesse de même, matière dans laquelle les deux paliers de gouvernement ont une juridiction concurrente, les provinces conservant un droit prédominant. Le gouvernement du Québec est le seul à avoir usé de ce droit pour instaurer un régime de rentes alors que les autres provinces ont laissé le Canada instituer le régime contributif de pension que nous avons précédemment décrit.

Comme les autres provinces, le Québec bénéficie des arrangements fédéraux provinciaux sur le financement des programmes établis. Globalement le Canada assume donc 50 % environ des coûts tant des programmes de santé que des services sociaux et de sécurité des revenus, et exerce une influence certaine sur la nature des services et leur mode de distribution, ne serait-ce qu'en imposant les normes minimales que les programmes provinciaux doivent respecter.

Mais, si les interventions du Gouvernement fédéral demeurent importantes en raison des revenus dont il dispose, la politique sociale du Québec n'en conserve pas moins une *spécificité et un dynamisme propres*.

B. — Territoire et population.

Nous n'insisterons guère sur les traits géographiques du pays et sa population. Rappelons seulement l'immensité du territoire (trois fois la France), sa variété géographique et climatique, et sa faible population : environ 6,3 millions d'habitants très inégalement dispersés sur le territoire et à 80 % urbaine, la moitié vivant dans la région de Montréal.

L'accroissement de la population, comme pour l'ensemble du Canada, s'est considérablement ralenti au cours des dernières années, bien que l'on constate depuis 1975 une faible remontée de la natalité.

Comme nous l'avons mentionné dans la première partie, cette population se caractérise encore par sa jeunesse puisqu'en 1971, près de 50 % avait moins de vingt-cinq ans.

On assiste toutefois là aussi à un vieillissement progressif qui ne sera pas sans conséquences sur le fonctionnement du système socio-économique et sur la distribution des services sociaux et des services de santé.

Notons enfin la présence de minorités autochtones relativement importantes : 30.200 Amérindiens et 4.500 Inuits qui sont pris en charge par le Gouvernement fédéral.

La population active du Québec a notablement augmenté passant de 1,9 million en 1963 à 2,8 millions en 1978 du fait de l'arrivée massive des jeunes sur le marché du travail et de la hausse importante de la main-d'œuvre féminine.

Comme dans tous les pays industrialisés, le secteur tertiaire monopolise le plus de travailleurs : 66 % contre 31 % dans le secondaire et 3 % dans le primaire. L'accroissement d'emploi a été très sensible entre 1966 et 1973 en raison notamment de l'extension des services de l'Etat et de la demande accrue en services publics. Elle devrait toutefois s'estomper, le secteur tertiaire paraissant aujourd'hui « saturé ».

Notons au Québec un fort taux de chômage d'environ 9 %.

* *

Après ce rappel rapide des données constitutionnelles, physiques et humaines, il convient de décrire avec plus de détails l'évolution historique dans laquelle se situe le « développement social » du Québec, ce qui permet d'en mieux mesurer l'originalité.

C. — Naissance d'une nouvelle politique sociale.

La politique sociale du Québec est *l'aboutissement d'une longue évolution*, elle est aussi le point de départ d'une *nouvelle philosophie* qui lui confère un aspect dynamique et innovateur.

L'évolution se traduit pour l'essentiel dans le passage de la conception *hygiène publique* à celle de *santé communautaire*, notion difficilement transposable dans notre pays, et de la conception *d'assistance publique* à celle de *sécurité sociale*.

C'est une politique globale de *développement social* qui est ainsi promue, dont les fondements principaux sont *l'égalité des chances* et *l'accessibilité universelle*. Avant de parvenir à ce stade, l'Etat a dû tenir évidemment compte des valeurs dominantes et des ressources disponibles. Les Québécois distinguent ainsi cinq périodes qui jalonnent cette histoire : l'Etat paternaliste (1627-1760), l'Etat surveillant (1760-1840), l'Etat libéral (1840-1918), l'Etat supplétif (1918-1960) et l'Etat responsable.

Alors que les premières périodes reflètent la prépondérance de l'agriculture, de l'isolationnisme et de l'élitisme, les deux dernières sont caractérisées par l'industrialisation, l'urbanisation et une idéologie démocratique de meilleure répartition des richesses.

C'est certes bien avant 1960 que se manifestent les premières ébauches d'une velléité d'organisation communautaire et sociale, mais, c'est à ce moment et dans les dix années qui suivent que l'amorce réelle d'une réforme laisse présager des changements importants qui, dès 1970, appellent une mise en œuvre cohérente.

1. L'émergence d'une politique sociale et sanitaire.

Il faut attendre 1840 pour que surgissent des tentatives publiques d'instaurer un réseau d'organismes chargés de la santé de la population. Les principales villes établissent alors un bureau d'hygiène et la santé publique commence à devenir une préoccupation qu'assume le premier « palier public » : les municipalités.

L'initiative municipale est cependant insuffisante pour faire agir les pouvoirs provinciaux et ce n'est qu'à la suite d'épidémies, à la fin du XIX^e, que le gouvernement de la province se résout à prendre les mesures qui s'imposent, en faisant adopter par le Parlement une *loi d'hygiène*, qui impose en 1886 l'ouverture de bureaux d'hygiène.

En 1887 est créé le *Conseil d'hygiène de la province de Québec*, investi de « pouvoirs et devoirs » relatifs à l'étude des statistiques démographiques, à l'épidémiologie, à l'établissement de règlements de salubrité, à la prévention des maladies. En 1910 ce Conseil dote la province d'un service de génie sanitaire et subdivise le territoire en dix régions sanitaires comprenant environ 120 municipalités.

Le Conseil est en 1922 remplacé par un *service provincial d'hygiène* — étape qui amorce le développement de véritables organismes de santé publique et de médecine préventive — les unités sanitaires qui se substituent aux bureaux d'hygiène.

En matière de bien-être, le mouvement est comparable. L'Assemblée législative vote en 1921 une loi établissant le *service de l'assistance publique* du Québec, chargé « d'assister les malades indigents qui sont recueillis, hospitalisés ou détenus dans des institutions d'assistance publique ». Le Gouvernement réserve à chaque conseil municipal le devoir de s'occuper des indigents domiciliés dans les limites du territoire relevant de sa juridiction.

La loi de 1921 détermine plusieurs catégories d'établissements d'assistance : les hôpitaux généraux, les sanatoriums et hôpitaux pour tuberculeux, les hospices pour vieillards infirmes, les orphelinats, les maternités...

Les établissements sont administrés pour la plupart par des communautés religieuses et reçoivent du service de l'assistance publique du Québec des subventions affectées à l'aide aux indigents.

Pendant près de vingt ans (1936-1955) des « *agences sociales* » privées servent également de canal de distribution des fonds publics destinés à financer les prestations d'assistance à domicile aux personnes âgées, aux mères nécessiteuses, aux aveugles et invalides. Mais ces institutions ne peuvent répondre aux nouveaux besoins liés à l'industrialisation, à l'urbanisation et à la crise économique. Le Gouvernement se voit donc de plus en plus forcé d'assumer de nouvelles responsabilités d'assistance.

C'est en novembre 1936 qu'est créé, par transformation du *service provincial d'hygiène*, le *premier ministère de la Santé* ; il se voit confier la responsabilité de surveiller l'application des lois sur l'hygiène et la santé publiques, l'assistance publique, les aliénés, l'inspection des hôpitaux et autres institutions de charité. S'ajoutent à cela d'autres fonctions comme de veiller au développement de la santé, de coopérer avec le Gouvernement du Canada pour faciliter l'application des lois fédérales en la matière dans la province, de réaliser des études scientifiques de la santé publique, d'établir des statistiques. Le Ministère pose ainsi les premiers jalons d'une politique sociale par unification d'éléments disparates se rapportant tant à la santé qu'au bien-être.

Mais « les improvisations, une gestion qui s'ajuste aux situations de crise, la faiblesse des ressources financières, et par-dessus tout l'absence d'une volonté politique de structurer les secteurs vitaux de la santé et du bien-être, entraînent une série de modifications administratives qui compromettent l'élaboration d'une conception intégrée des services de santé et des services sociaux » (1).

En 1941 et 1944, ces structures sont modifiées. La même année est promulguée une loi autorisant le Gouvernement à établir un système d'allocations familiales. 1948 marque un effort pour inventorier les ressources et analyser les problèmes qui se posent par le biais notamment d'une enquête suscitée par l'établissement d'un programme de subventions du Gouvernement du Canada (2). L'enquête jette les bases de la régionalisation des services de santé.

Les années cinquante constituent une période où germent les idées et où commencent à se développer les interventions notamment fédérales. En 1956 est promulguée l'assistance chômage et en 1957 l'assurance hospitalisation.

2. *L'amorce d'une réforme - 1960 à 1969.*

Les années soixante constituent une période charnière. Les « ressources » humaines et physiques, les programmes et les services font l'objet d'une évolution qui traduit encore l'absence d'une politique globale mais qui jette les bases du développement social ultérieur.

• *Les bases législatives.*

Le Parlement provincial adopte, en décembre 1960, la loi de l'assurance hospitalisation qui fournit aux citoyens du Québec les services hospitaliers gratuits.

En 1965 est votée la loi du régime des rentes du Québec, créant la Régie du même nom et par lequel démarre un programme de sécurité sociale visant à faire partager par l'ensemble de la population les conséquences de certains risques qu'occasionne la perte du revenu résultant de la vieillesse, du décès, de l'invalidité.

En 1969, point tournant dans l'évolution de la politique sociale, est mise sur pied la Régie de l'assurance maladie du Québec (R.A.M.Q.) qui reçoit mandat d'élaborer et mettre en place, conjointement avec le ministre de la Santé et du Revenu, les mécanismes administratifs requis pour l'instauration d'un régime d'assurance maladie.

(1) « Les affaires sociales au Québec. » Ministère des Affaires sociales. 1980.

(2) Voir plus haut.

Enfin est adoptée en 1969 la loi de *l'aide sociale*, pas important pour une politique sociale d'ensemble, dans la mesure où elle autorise l'octroi d'aides aux citoyens qui sont dans l'incapacité de pourvoir seuls à leur subsistance, le principe de l'aide étant fondé sur la *famille* et non sur l'individu.

Tous ces éléments se préciseront lors de l'implantation de la nouvelle politique des affaires sociales dans les années 70.

• *Les études et enquêtes menées : de nouvelles bases d'analyses et d'action.*

Dans un régime parlementaire de type britannique comme le Québec, est fréquemment utilisée une prérogative qui permet au lieutenant-gouverneur en conseil d'entreprendre des études et des enquêtes sur des sujets concernant le rôle et les interventions gouvernementales. Deux événements significatifs en ont résulté : la formation d'un comité d'étude sur l'assistance publique en décembre 1961, et l'institution d'une commission chargée de faire enquête sur tout le domaine de la santé et du bien-être social (novembre 1966).

a) *Le rapport Boucher (juin 1963).*

Le rapport du comité d'étude sur l'assistance publique jette les bases d'une nouvelle orientation des pouvoirs publics dans le domaine du bien-être social, toute dominée par la notion de *justice sociale*.

Le Québec traversait à ce moment une période d'effervescence en toutes matières à laquelle n'a pu échapper le rapport Boucher.

On y recommande que le secteur public prenne la relève des activités jusqu'alors confiées à l'Eglise, aux organismes de bienfaisance et au bénévolat, établisse des objectifs généraux orientés vers la solution des problèmes qu'engendre le système économique, et développe des efforts supplémentaires.

b) *Le rapport Castonguay-Nepveu (1967).*

Dès 1967 et au cours des années suivantes, la commission d'enquête sur la santé et le bien-être remet au Gouvernement une série de rapports dont l'importance s'avère déterminante dans le processus de formulation et de mise en œuvre de la politique sociale des années 70.

Présidée d'abord par M. Castonguay jusqu'en mars 1970 puis par M. Nepveu, la commission a eu mandat de faire enquête sur tout le domaine de la santé et du bien-être social, sur toutes les questions qui ont trait à la propriété, la gestion, l'organisation des insti-

tutions hospitalières et du bien-être, à l'assurance hospitalisation, à l'établissement de l'assurance maladie, à l'acte médical et à l'évolution de l'activité médicale et paramédicale, aux mesures d'aide sociale et à leur développement, à la structure et au rôle des divers organismes ou associations s'occupant de santé ou du bien-être, aux mesures d'hygiène et de prévention, aux effectifs médicaux et paramédicaux, à l'équipement, à l'enseignement et à la recherche. Ses travaux ont été exécutés par une importante équipe et s'inscrivent fondamentalement dans la perspective des *besoins de la famille et des individus*.

Dans une première partie, la commission présente au gouvernement une *conception d'ensemble* de la sécurité sociale et prescrit les éléments fondamentaux du développement social : la santé, les services sociaux et la sécurité du revenu.

Dans un second temps, elle définit une approche et un système socio-sanitaire qui, axés sur une philosophie sociale cohérente, façonneront entièrement l'organisation des services de santé et des services sociaux du Québec.

Malgré ces analyses fondamentales et les nouvelles législations qui caractérisent la fin de cette décennie, des problèmes naissent du fait que l'objectif socio-sanitaire du gouvernement est poursuivi par deux ministères qui se partagent les responsabilités sanitaires et sociales. ce qui ne facilite guère la cohésion de la politique à mener.

3. *La réalisation des réformes proposées.*

Sous l'impulsion des propositions élaborées, une nouvelle stratégie du développement social s'impose. La réalisation de la réforme qui se fait pressante ne peut s'appuyer que sur une conception d'ensemble des services sanitaires et sociaux, qui s'articule autour des moyens suivants : de nouvelles lois, de nouvelles politiques, de nouveaux outils administratifs.

• *De nouvelles lois.*

La réforme est centrée sur le nouveau ministère des Affaires sociales, qui en devient le maître d'œuvre, et est créée par une loi de décembre 1970. Par la réunification des domaines de la santé et du bien-être social, le législateur compte ainsi mettre en place les éléments propices au développement social.

Le Ministère a pour tâche principale d'élaborer une politique de sécurité du revenu et de développer les mécanismes de rationalisation, planification, organisation et de contrôle du fonctionnement des établissements de santé et de bien-être.

La même année est également adoptée *la loi sur l'assurance maladie*, en vertu de laquelle est établi un régime d'assurance de soins médicaux administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec.

En décembre 1971 est adoptée une loi sur les services de santé et les services sociaux qui détermine l'ossature, le fondement et les objectifs de la politique des affaires sociales. Elle est le point de *départ de l'implantation* d'un ensemble intégré et coordonné de services sanitaires et sociaux et sous-tend une politique *d'accessibilité* pour tous — financière et géographique — à des soins et à des services complets, continus, complémentaires et de qualité.

La loi propose *l'intégration* des services aux niveaux *local et régional* afin que soit envisagé dans leur globalité l'ensemble des problèmes de pauvreté, de santé et d'adaptation sociale. Elle décrit le cadre de la réorganisation du système de distribution des services et régit l'organisation et le fonctionnement de tous les établissements concernés.

Les nouveaux établissements constituant le « *réseau* » se répartissent en quatre catégories : centres hospitaliers, centres locaux de services communautaires, centres d'accueil et centres de services sociaux.

Dans chacune des douze régions socio-sanitaires du Québec, est institué un Conseil de la santé et des services sociaux (C.R.S.S.S.) qui est un organisme de liaison et de coordination.

En janvier 1973, sont mis sur pied en application de la loi de 1971, une autre composante du réseau des affaires sociales, les Départements de santé communautaires (D.S.C.) administrés par des centres hospitaliers et auxquels le Ministère délègue des responsabilités nouvelles en matière de prévention et de santé publique ; les nouveaux départements remplacent les unités sanitaires et les services municipaux de santé.

Est également adopté un *Code des professions* et créé un *Office des professions du Québec* qui constitue en quelque sorte un ordre professionnel mais dont les missions sont très distinctes, on le verra, de celles de notre Conseil de l'ordre, puisqu'elles sont essentiellement tournées vers *la protection du public* à l'égard des services fournis par les professionnels.

En 1974 est adoptée *la loi de la commission des Affaires sociales*, instance administrative à laquelle peuvent s'adresser tous les bénéficiaires et usagers du réseau qui veulent en appeler d'une décision rendue à leur égard.

Enfin, en plus de la loi de la protection de la santé publique et celle de la protection du malade mental, deux autres textes présentent une importance capitale pour l'évolution de la politique

du développement social : la loi sur la protection de la jeunesse, entrée en vigueur en janvier 1978 et la loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées, applicable en 1979 et qui institue l'Office des personnes handicapées du Québec.

• *Les grandes orientations du Ministère (M.A.S.).*

Face à ses grands objectifs qui consistent à améliorer l'état de la santé publique et mentale de la population et à aider les individus, les familles et les groupes à développer leur autonomie et à assumer pleinement leurs responsabilités familiales et sociales, le ministère des Affaires sociales (M.A.S.) est amené à développer au moyen d'études, de politiques et de programmes, les trois volets de son orientation globale : les services de santé, les services sociaux et les régimes de sécurité du revenu.

Certains domaines font actuellement l'objet d'une attention particulière : la santé mentale, la nutrition, la périnatalité et la réadaptation des enfants et adolescents placés en centres d'accueil.

Plus récemment encore, la sécurité au travail, l'usage et l'abus des drogues, les services de garde à l'enfance, la restructuration de l'aide sociale, les personnes handicapées, la réinsertion des jeunes inadaptés, ont fait l'objet de propositions précises.

Les principaux programmes proposés ces dernières années concernent la *gratuité des soins dentaires* pour les moins de quinze ans et les bénéficiaires de l'aide sociale, la gratuité des transports ambulanciers et des médicaments pour les personnes âgées de soixante-cinq ans et plus, le développement des possibilités d'hébergement et des aides à domicile pour les personnes âgées, la gratuité des appareils orthopédiques et de prothèse, le programme d'aides techniques, aides mécaniques, optiques et électroniques pour les handicapés visuels de moins de trente-cinq ans, le programme de prothèses auditives pour les moins de trente-cinq ans et la surveillance médicale des travailleurs dans leur milieu de travail.

• *Les moyens administratifs.*

Le M.A.S. est le Ministère dont les effectifs sont les plus importants ; ils atteignaient presque 5.000 personnes en 1972 puis ont décru progressivement (au 1^{er} janvier 1979, il comptait environ 3.800 fonctionnaires) du fait d'une volonté affirmée de diminuer les coûts de l'administration et de décentraliser les activités.

Quant au budget, il s'élevait pour les exercices financiers 1978-1979 et 1979-1980 à 4,5 et 4,7 milliards de dollars.

La décentralisation de certaines activités du M.A.S. vers les établissements du réseau des affaires sociales est, depuis 1977, une *priorité*. Le Ministère s'engage dans ce processus en remettant aux établissements une partie des responsabilités qu'il assume lui-même.

notamment en ce qui concerne la gestion interne des établissements : budget, plan d'organisation et de personnel.

Le renforcement des compétences des conseils de la Santé et des Services sociaux est un des éléments notables de la volonté de décentralisation. Ils se voient confier des responsabilités quant à l'organisation et la mise en commun des services, de même que dans le partage des ressources entre les établissements d'une même région.

Le Ministère conserve néanmoins *l'autorité politique et administrative* qui lui permet de veiller aux trois axes de sa politique : la sécurité des revenus, la santé et les services sociaux, d'accomplir sa double vocation d'élaborer et de coordonner les politiques et programmes d'ensemble de développement social du Québec, et enfin d'évaluer et de contrôler la distribution des services de santé et des services sociaux sur tout le territoire de la province.



II. — LES ÉLÉMENTS ESSENTIELS DE LA POLITIQUE SOCIALE

Même si le ministère des Affaires sociales du Québec soutient une politique active dont les axes viennent d'être rappelés, il convient de souligner que le système mis en place n'entend pas supprimer, loin de là, mais au contraire réaffirme constamment *les responsabilités individuelles de chacun*.

Le citoyen est présenté comme le *premier responsable* de la sécurité de son revenu, de son développement personnel et de celui de sa famille, en même temps que de sa santé.

Il ne s'agit donc que d'exercer un rôle de soutien afin de « faciliter au citoyen l'exercice de ses responsabilités, d'assurer une plus grande égalité dans l'accès aux biens essentiels et de lui venir en aide dans des situations de crise » (1).

Ce soutien passe d'abord par une meilleure *information* et une plus grande *éducation*, seules à même de modifier des comportements souvent générateurs de risques et dont le Ministère se veut le promoteur essentiel.

A. — Les programmes de sécurité du revenu : la recherche de l'autonomie des personnes.

Trois principes guident l'action québécoise en la matière :

— la reconnaissance du droit des citoyens à des ressources minimales ;

— la garantie d'un revenu fondé sur les besoins, par l'établissement d'un seuil de ressources minimales et le droit pour les familles et personnes dont les ressources sont inférieures à ce seuil, de percevoir des prestations qui viennent combler ce déficit ;

— la « promotion » et l'autonomie des personnes par leur participation à l'activité économique et sociale, ce qui nécessite, outre

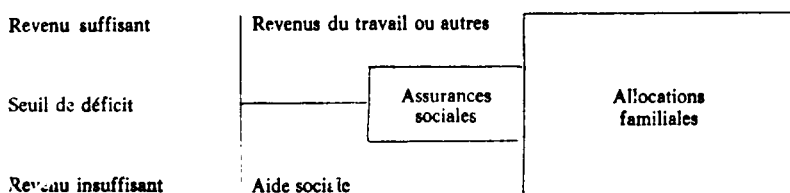
(1) Les affaires sociales au Québec, *op. cit.*

le paiement des prestations, des mesures d'incitation à la réintégration du marché du travail.

Si les mesures les plus apparentes touchent les plus démunis financièrement, elles visent en fait potentiellement l'ensemble de la population jamais à l'abri d'une éventuelle perte de revenu.

Le système québécois comporte deux programmes relativement interdépendants : un régime d'assurances sociales qui garantit le paiement de sommes convenues en cas de réalisation de certains risques sociaux, et un régime d'allocations sociales comprenant deux mesures principales, l'une universelle, les allocations familiales, l'autre liée au revenu, l'aide sociale.

SCHEMA DE LA SECURITE DU REVENU



D'autres organismes que le ministère des Affaires sociales œuvrent en ce domaine et opèrent des transferts de revenus.

C'est ainsi que la *commission des Accidents du travail* assure les travailleurs contre les risques inhérents à l'emploi, par le versement d'indemnités ou de rentes en cas d'accident professionnel provoquant une incapacité permanente, temporaire ou un décès.

La *Régie de l'assurance automobile* assure de même l'indemnisation des victimes d'accidents de la route ou de la circulation.

Parallèlement, le Gouvernement du Canada assure la majeure partie, nous l'avons vu, des programmes de sécurité du revenu. Nous ne ferons que citer, pour l'avoir déjà décrit plus haut, l'assurance chômage, la sécurité de la vieillesse, mesure universelle qui garantit à tous les plus de soixante-cinq ans un revenu minimal, le cas échéant le supplément du revenu garanti qui vient combler le déficit entre les revenus et un seuil acceptable, les allocations aux conjoints et les allocations familiales.

Il s'ensuit, malgré des efforts de coordination entre ces divers programmes, une certaine complexité et une insuffisante intégration de ces mesures diverses.

SECURITE DU REVENU. — SYNTHÈSE DES MESURES DISPONIBLES

Article du régime	Besoins visés	Bénéficiaires	Financement	Types d'intervention	Organismes impliqués	Mécanismes de révision
Allocations familiales	Charge des enfants	La mère ou la personne qui subvient aux besoins des enfants	Gouvernements du Canada et du Québec	Prestation mensuelle	Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social (Ottawa) Ministère des Affaires sociales du Québec	Commission des Affaires sociales
Assurances sociales	Retraite l'écès Invalidité	Le cotisant lui-même ou ses ayants-droit	Cotisation obligatoire des travailleurs et de leurs emj loyeurs	Six types de rentes et de prestations	Ministère des Affaires sociales (conception) Ministère du Revenu (perception des cotisations) Régie des rentes du Québec (administration) Caisse de dépôt et de placement du Québec (gestion des fonds)	Commission des Affaires sociales
Aide sociale	Déficit entre besoins et revenus (mesure de dernier recours)	Le chef de famille ou la personne seule	Gouvernement du Québec et participation pour moitié du gouvernement du Canada	a) Prestations b) Valorisation sociale Promotion socio-économique	M.A.S. : différentes directions et de réseau de l'aide sociale M.A.S. : ministère du Travail et de la Main-d'œuvre (Québec) Ministère de la Main-d'œuvre et de l'Immigration (Ottawa) Ministère de l'Agriculture (Québec) Réseau de l'Aide sociale	Bureaux régionaux de l'Aide sociale Commission des Affaires sociales

Les programmes québécois sont appelés néanmoins à subir de notables évolutions dans les années à venir.

Intéressante à cet égard — en soi et parce qu'elle a inspiré notre récente législation sur le revenu familial garanti de juillet 1980 — est une loi de mai 1979 sur le *supplément au revenu du travail*, dont le but est d'inciter au travail et d'acquérir ainsi une autonomie personnelle. Elle concerne les familles résidentes mono ou biparentales ayant des enfants à charge de moins de dix-huit ans, dont les revenus

de travail sont inférieurs à un certain montant (10.000 dollars en 1979) et dont les biens (non compris la maison familiale, les meubles et l'automobile principale) ont une valeur marchande inférieure également à un certain seuil (50.000 dollars en 1979). Elle prévoit à leur intention des *prestations* d'environ 500 dollars qui s'ajoutent au revenu professionnel et dont le maximum pouvait en 1979 atteindre près de 1.500 dollars.

Depuis le 1^{er} janvier 1980, le programme est étendu aux personnes et couples sans enfants ; il touche ainsi 96.000 familles et environ 300.000 Québécois, soit 5 % de la population.

BUDGET DE LA SECURITE DU REVENU AU QUEBEC

(En milliers de dollars.)

	1972	1973	1974	1975	1976	1977
Assurance chômage	567.200	630.700	735.600	1.073.500	1.246.000	1.482.000
Sécurité de la vieillesse	423.468	513.121	611.960	703.675	795.149	870.963
Supplément de revenu garanti	189.088	202.304	229.165	253.040	289.627	307.889
Allocation au conjoint	»	»	»	3.651	30.088	36.374
Total des trois	614.556	715.425	841.125	960.366	1.114.864	1.215.200
Allocations scolaires	23.278	24.080	»	»	»	»
Allocations familiales :						
— fédérales	154.002	177.733	474.547	532.957	517.329	556.037
— provinciales	70.959	68.218	92.293	100.991	110.427	135.568
Total des deux	224.961	245.951	566.840	633.948	627.756	691.605
Aide sociale	342.059	340.064	414.095	503.835	601.014	690.808
Régime des rentes	58.681	99.929	136.617	183.991	266.181	351.560
Accidents du travail :						
— assistance médicale	18.594	22.587	24.898	36.186	43.304	47.897
— incapacité temporaire	36.219	50.631	60.078	72.174	88.854	108.849
— incapacité permanente et décès	28.099	34.144	38.569	53.143	67.114	74.241
Total des trois	82.912	107.362	123.545	161.503	199.272	230.987
Allocations aux anciens combattants	10.836	13.898	15.363	23.099	25.165	27.841
Pension d'invalidité de guerre	24.619	30.854	32.528	35.088	39.164	41.100
Allocation de formation professionnelle	47.000	45.000	45.800	49.205	50.167	54.463
Grand total	1.966.102	2.253.263	2.911.513	3.624.535	4.169.583	4.785.420

a) *Les assurances sociales.*

Elles se présentent pour les travailleurs comme un régime d'épargne obligatoire destiné à leur assurer, ainsi qu'aux personnes à leur charge, une protection financière de base dans certaines situations. Il s'agit essentiellement *du régime de rentes du Québec.*

1. *Le régime de rentes du Québec.*

Il tend à assurer une protection de base contre la perte de revenu résultant de la retraite, du décès ou de l'invalidité.

6 types de « rentes » ou pensions sont prévus :

— une rente de *retraite* à un cotisant qui atteint l'âge de soixante-cinq ans, *même s'il continue à travailler.* Cependant un travailleur peut continuer à cotiser jusqu'à soixante-dix ans, mais, à cet âge, doit demander sa rente ;

— une rente d'*invalidité* versée à un cotisant atteint d'une invalidité physique ou mentale l'empêchant d'exercer une activité rémunératrice ;

— une prestation de *décès* pour les ayants droit du cotisant décédé ;

— une rente de *conjoint survivant* au conjoint d'un cotisant qui, au moment du décès, avait plus de trente-cinq ans et un nombre minimal d'années de contributions. Si le cotisant avait moins de trente-cinq ans, il devait être invalide ou avoir des enfants à charge pour que son conjoint ait droit à la rente ;

— une rente d'*enfants* de cotisant invalide versée à tout enfant à charge d'un cotisant invalide ;

— une rente d'*orphelin* versée à tout enfant à charge d'un cotisant décédé.

• Le régime est administré par la *Régie des rentes du Québec*, corporation publique dirigée par un conseil d'administration composé d'un président et de onze membres nommés par le lieutenant-gouverneur. La Régie reçoit et traite les demandes, paie les prestations et vérifie les conditions d'admissibilité.

• Un bénéficiaire insatisfait d'une décision de la Régie peut en demander une révision par recours gracieux auprès de cette régie, et faire appel devant la commission des Affaires sociales qui rend la décision finale.

- Le *financement* du régime est assuré par des contributions des travailleurs et des employeurs, les travailleurs autonomes devant assumer, en plus de la leur, la part normale d'un employeur.

La participation au régime est obligatoire pour les travailleurs de dix-huit ans et plus qui ont un revenu supérieur au minimum prévu. Les cotisations sont calculées en fonction du revenu compris entre l'exemption générale (10 % des gains) et un plafond ; elles sont déduites à la source par l'employeur.

La cotisation salariale et la cotisation patronale, comme pour le régime des pensions du Canada, sont égales à 1,8 % du salaire admissible, jusqu'à concurrence de 151,20 dollars.

Les contributions sont inscrites au registre des gains dans un compte individualisé dont l'état peut être communiqué en vue de vérification.

- *Les bénéficiaires des assurances sociales.*

Le régime des rentes est universel et concerne donc tous les travailleurs sans distinction et dans certains cas leur conjoint et leurs enfants.

A la fin de 1977, on comptait plus de 4 millions de cotisants, et donc de bénéficiaires potentiels.

A la même date, les bénéficiaires réels étaient de près de 400.000 (260.000 en 1976).

En 1977, la Régie a versé 177.300 pensions de retraite, 66.630 pensions de conjoint survivant, 41.790 pensions d'orphelin, 16.400 pensions d'invalidité, 8.400 pensions d'enfant de cotisant et 14.200 prestations de décès.

- Le coût total des prestations a été de *351,4 millions de dollars*, le détail figurant dans le tableau ci-après :

LE RÉGIME DE RENTES DU QUÉBEC

Répartition des paiements.

Catégorie de prestation	Nombre de bénéficiaires		Prestations (en millions de dollars)		Moyenne mensuelle des prestations (en dollars)	
	1976	1977	1976	1977	1976	1977
Rente de retraite	144.876	177.329	115,1	166,5	68,51	83,84
Rente de conjoint survivant	57.376	66.635	87,0	106,3	— 65 = 150,65 + 65 = 68,74	(1) 73,46 163,21
Rente d'orphelin	39.390	41.789	14,9	15,4	29,00	29,00
Rente d'invalidité	13.055	16.398	36,4	48,8	193,09	210,20
Rente d'enfant de cotisant invalidé	7.026	8.374	3,4	3,8	29,00	29,00
Total	259.584	397.107	256,9	341,0	»	»
Prestation de décès	14.199	14.213	9,3	10,4	589,04	(2) 697,10
Grand total	273.783	321.210	266,2	351,4	»	»

(1) Le montant mensuel de la rente de conjoint survivant est diminué parce que le bénéficiaire de plus de soixante-cinq ans reçoit aussi la rente de retraite (rente combinée).

(2) Il s'agit de la moyenne annuelle des prestations de décès.

Seule la rente de retraite est liée au montant des cotisations et au revenu du cotisant. Les rentes du conjoint survivant et d'invalidité sont constituées, quant à elles, d'un montant fixe auquel s'ajoute un certain pourcentage de la rente de retraite du cotisant ; les rentes d'orphelin et d'enfant d'invalides sont fixes.

Les prestations sont réévaluées en fonction de l'indice des prix.

Leur moyenne a été en 1977 de 83,84 dollars pour la rente de retraite, de 163 dollars pour celle de conjoint survivant de moins de soixante-cinq ans, de 73 dollars pour celle de conjoint de plus de soixante-cinq ans et de 210 dollars pour la rente d'invalidité.

2. Les régimes supplémentaires de rentes.

On appelle régimes supplémentaires les régimes privés d'assurance de retraite dont les montants complètent les montants de base versés par la Régie des rentes.

La loi des régimes supplémentaires a plusieurs objectifs :

— établir des normes quant à l'administration, la solvabilité et les placements de ces régimes et prévoir des dispositions protégeant le droit des travailleurs ;

— contrôler les régimes ;

— promouvoir l'établissement des régimes supplémentaires et l'amélioration des régimes existants ;

— favoriser la mobilité de la main-d'œuvre et faciliter l'embauchage des travailleurs âgés en assurant, lors d'un changement d'emploi, le maintien de la protection assurée.

L'application de la loi est assurée par la Régie des rentes qui surveille et contrôle l'administration des régimes.

En 1976, plus d'un million de Québécois cotisaient à un régime de retraite complémentaire, soit 45 % des travailleurs.

Près de la totalité des employés du Gouvernement adhèrent à ce type de régime, ce que font seulement 31 % des travailleurs du secteur privé.

b) *Les allocations sociales.*

Le second volet du système québécois de sécurité du revenu comprend deux mesures principales : le régime des allocations familiales et l'aide sociale.

1. *Les allocations familiales.*

Régime universel, elles visent à fournir une aide financière aux familles afin de combler directement une partie des besoins créés par la présence d'enfants. Nous l'avons déjà mentionné, elles sont versées à la mère de tout enfant de moins de dix-huit ans, ou à défaut au père ou à la personne qui subvient aux besoins de l'enfant. L'allocation est payable mensuellement et son montant varie selon le nombre d'enfants admissibles dans la famille.

Au Québec, les allocations dépendent de deux régimes distincts : celui du gouvernement du Québec et celui du gouvernement du Canada. Le Québec exerce en effet le pouvoir que lui accorde la loi de 1973 de légiférer pour distribuer de façon différente les sommes versées par le gouvernement du Canada aux familles du Québec.

Ainsi, les montants d'allocations accordées varient *en fonction de l'âge et du nombre* d'enfants dans la famille, tandis qu'ils sont uniformes, sauf en Alberta, pour l'ensemble du Canada.

En outre, les enfants québécois âgés de douze à dix-huit ans bénéficient d'une augmentation des allocations égale en 1979 à 5 dollars.

C'est le service des allocations familiales de la Régie des rentes qui administre ce régime.

Son *financement* n'est *pas contributif*, les sommes requises pour payer les prestations provenant du fonds consolidé du revenu du Québec.

• Au 1^{er} janvier 1979, le montant des allocations était de 5,92 dollars pour le premier enfant, de 7,92 dollars pour le second, 9,88 dollars pour le troisième et de 11,85 dollars pour les autres.

A cela s'ajoutent les allocations fédérales et éventuellement l'augmentation accordée aux enfants âgés de douze à dix-huit ans.

L'allocation est indexée en fonction de l'indice du prix.

LES MONTANTS D'ALLOCATIONS FAMILIALES

(En dollars.)

	Québec	Canada	Total
1 ^{er} enfant	7,92	12,00	17,92
2 ^e enfant	5,92	18,00	25,92
3 ^e enfant	9,88	36,95	46,83
Chaque enfant au-delà du 3 ^e	11,85	46,05	57,90

S'ajoute à ces montants un *crédit d'impôt annuel accordé par le Gouvernement fédéral de 200 dollars* par enfant pour les familles dont le revenu est inférieur à 18.000 dollars. Ce crédit diminue à mesure que le revenu de la famille augmente.

Comme pour les pensions de retraite, toute personne qui se croit lésée peut en demander la révision à la régie et, le cas échéant, en appeler à la commission des Affaires sociales du Québec.

• Le régime étant universel, toutes les familles ayant un enfant de moins de dix-huit ans peuvent en être bénéficiaires.

En mars 1978, plus de 950.000 familles en bénéficient, pour plus de 1,8 million d'enfants.

Le régime est inévitablement sensible aux conditions démographiques et aux variations du taux de natalité. Les dépenses, en ce sens, ont tendance à se stabiliser. Car si le nombre de familles augmente lentement chaque année, le nombre d'enfants par famille diminue (de 2,19 en 1974 à 1,96 en 1978) et la moyenne d'âge des

enfants admissibles augmente (de neuf ans et sept mois à dix ans et trois mois).

• Le coût de ce programme pour l'année financière 1977-1978 a été de près de 145 millions de dollars, soit une allocation moyenne par famille de 13,3 dollars et par enfant de 6,77 dollars.

Nombre d'enfants par famille	Nombre de familles	Pourcentage du montant global des allocations familiales
1	380.631	15,9
2	346.880	34,1
3	147.943	25,5
4 et plus	76.326	24,5
Total	951.780	100,0 ou 144.719.900 dollars

2. L'aide sociale.

L'aide sociale est une mesure de dernier recours pour les personnes nécessiteuses qui ne sont pas admissibles à d'autres mesures de sécurité du revenu ou n'en retirent pas de revenus suffisants.

Ce régime de compensation consiste en l'octroi de prestations de subsistance à des familles ou des personnes seules. Il comporte également une dimension de « valorisation sociale » à laquelle se greffent divers mécanismes de promotion socio-économique et d'encouragement au retour au travail. La réinsertion sociale apparaît aujourd'hui comme l'élément essentiel de l'action à mener.

L'aide sociale est la seule mesure de sécurité du revenu directement administrée par le ministère des Affaires sociales selon un système très décentralisé, le réseau de l'aide sociale comprenant 127 bureaux locaux et 15 bureaux régionaux répartis à travers toute la province.

Le bureau local est à la base du système ; il doit répondre aux demandes des bénéficiaires, les conseiller dans la gestion de leur budget et les orienter, s'il y a lieu, vers des programmes de « relèvement » socio-économiques.

Contrairement aux autres programmes de sécurité du revenu, les critères d'admissibilité à l'aide sociale sont très larges puisqu'on n'y rencontre aucune condition d'âge ou d'invalidité.

Le paiement des prestations n'est conditionné ni par des contributions antérieures ni par l'exercice d'une activité professionnelle.

Il repose seulement sur l'existence reconnue d'un « déficit » entre des besoins prédéterminés et les revenus.

L'aide est accordée pour des besoins *ordinaires* (logement, nourriture, vêtements, chauffage...) et pour des besoins *spéciaux* (prothèses... appareils orthopédiques ou autres) lorsque leurs coûts ne sont pas remboursés par la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Elle varie également en fonction de la situation des intéressés : elle sera différente s'il s'agit d'une personne seule, d'un ménage avec ou sans enfant, ou encore d'un adulte ou d'un ménage dont les conjoints sont aptes au travail.

● *La « valorisation sociale ».*

Le mandat de l'aide sociale déborde la simple attribution d'une aide financière et tend aussi à proposer des plans visant à favoriser la réinsertion sociale et économique des intéressés. Des conseils et des aides, en commençant par l'examen des difficultés professionnelles des bénéficiaires, sont ainsi prodigués. La concertation des efforts de plusieurs ministères et organismes participant à des programmes d'emplois nouveaux permet à un certain nombre de bénéficiaires de reprendre un emploi. D'autres peuvent participer à des programmes de formation et de recyclage, en liaison avec le ministère du Travail et de la Main-d'œuvre.

● *Les besoins ordinaires.*

La prestation d'aide sociale est versée mensuellement au chef de famille ou à la personne seule sur la base du calcul du déficit établi entre besoins et revenus. Les besoins ordinaires sont établis en fonction du nombre de personnes qui composent la famille. Au 1^{er} janvier 1979, ils étaient calculés suivant le tableau suivant :

LES MONTANTS D'AIDE SOCIALE

Pour un ménage qui compte	Enfant à charge	L'aide mensuelle est de : (en dollars)	Si les frais de logement sont d'au moins (en dollars)
1 adulte	0	276	65
1 adulte	1	377	85
1 adulte	2	406	85
1 adulte	(1) 3 et plus	414	85
2 adultes	0	439	85
2 adultes	1	475	85
2 adultes	2	504	85
2 adultes	(1) 3 et plus	512	85

(1) A partir du quatrième enfant, on ajoute un montant de deux dollars par enfant.

En 1979, pour être admissible à la totalité des prestations accordées, l'avoir liquide d'un bénéficiaire ne pouvait dépasser 1.500 dollars pour une personne et 2.500 dollars pour une famille.

Les adultes hébergés dans un centre d'accueil ou un centre hospitalier de soins prolongés ont droit à une allocation pour leurs dépenses personnelles (égale à 68 dollars par mois au 1^{er} janvier 1979).

L'aide peut être réduite dans certains cas : si les frais de logement sont inférieurs à un certain montant, si le bénéficiaire a d'autres sources de revenus, s'il refuse, bien qu'apte au travail, un emploi, si la personne seule ou les deux conjoints n'ayant pas d'enfants à charge sont aptes au travail et ont moins de trente ans, l'aide sociale est limitée à 100 dollars par mois dans le premier cas et à 200 dollars dans le second.

Des augmentations sont accordées aux familles qui ont des enfants de plus de dix-huit ans fréquentant un établissement d'enseignement afin de compenser la perte des allocations familiales et de venir en aide à des étudiants non encore admissibles aux prêts et bourses du ministère de l'Éducation.

En décembre 1977, plus de 240.000 familles bénéficiaient de l'aide sociale, soit au total plus de 450.000 personnes, incluant les enfants à charge. Près de 60 % étaient des personnes seules et 23,3 % des familles monoparentales.

Deux grandes causes expliquent globalement l'insuffisance des ressources des intéressés : l'inaptitude au travail et les charges familiales. Seulement 37 % des bénéficiaires sont considérés comme aptes physiquement au travail et 3 % seulement apparaissaient pouvoir réintégrer immédiatement le marché du travail sans formation ni recyclage.

La « clientèle » de l'aide sociale est très mobile, le taux de « roulement » des bénéficiaires étant élevé et la durée moyenne de « séjour » très courte, particulièrement chez les moins de trente ans.

Une étude récente a démontré d'autre part le mauvais état de santé général des bénéficiaires, leur faible scolarité et leur haut niveau d'endettement.

Face à une telle situation, les responsables de l'aide sociale se rendent de plus en plus compte que la nature des problèmes nécessite plus qu'une simple attribution de prestation. C'est pourquoi la fonction de « promotion socio-économique » de l'aide sociale prend une plus grande importance.

REPARTITION DES MENAGES AU PROGRAMME D'AIDE SOCIALE

	Types de ménages Nombre	Décembre 1976 (en pourcen- tage)	Types de ménages Nombre	Décembre 1977 (en pourcen- tage)
Personnes seules	133.470	58,4	142.769	59,2
Couples sans enfants	14.206	6,2	14.281	5,9
Familles monoparentales	52.224	22,9	56.072	23,3
Avec un enfant	26.517	11,6	29.202	12,1
Avec deux enfants	13.816	6,0	15.107	6,3
Avec trois enfants et plus	11.911	5,3	11.763	4,9
Familles biparentales	28.624	12,5	27.883	11,6
Avec un enfant	9.139	4,0	9.392	3,9
Avec deux enfants	7.635	3,3	7.734	3,2
Avec trois enfants et plus	11.850	5,2	10.757	4,5
Total des ménages	228.544	100,0	241.005	100,0

● *Le coût de l'aide sociale.*

Pour l'exercice 1977-1978, le coût de l'aide a été de plus de 700 millions de dollars, soit 23 % du budget total du Ministère et 80 % des sommes consacrées aux mesures de sécurité du revenu.

**B. -- La santé : médecine globale
et gratuité des soins.**

Avant de décrire l'essentiel du système sanitaire québécois il convient de décrire au préalable certains indicateurs de santé. En fait, ils se distinguent très peu des données globales que nous avons résumées pour l'ensemble du Canada.

● **Quelques indicateurs de santé.**

● En ce qui concerne la *natalité*, nous avons déjà souligné sa baisse constante et sa légère remontée depuis 1975 (15,6 ‰). Les perspectives laissent en fait présager une stabilisation sinon une nouvelle diminution pour les prochaines années.

La *mortalité infantile* a baissé de près de 25 % de 1971 à 1975, tandis que le taux des prématurés a diminué de 15 ‰. L'instauration

d'une politique de périnatalité de même que la forte diminution des naissances dans certains groupes à risques élevés (multipares et femmes de plus de trente-cinq ans) en sont en partie responsables. Les malformations congénitales constituent la cause principale de la mortalité infantile, les maladies respiratoires venant loin derrière.

• Le taux brut de mortalité a été de 7,1 ‰ en 1975. La surmortalité masculine se chiffrait alors à 1,4 pour l'ensemble des groupes d'âge ; elle se manifeste dès le début de la vie et s'accroît entre quinze et trente ans du fait d'accidents. L'espérance de vie à la naissance était en 1975 de 68,6 ans pour les hommes et de 75,9 ans pour les femmes.

Si le taux de mortalité s'accroît régulièrement avec l'âge, l'importance des diverses causes de décès varie : les accidents de véhicule et les suicides sont responsables de 60 % des décès chez les jeunes de vingt à vingt-quatre ans ; par contre chez les personnes de quarante-cinq à soixante ans, les maladies coronariennes comme nous l'avons déjà mentionné, le cancer du poumon et le cancer du sein, constituent 41 % des causes de mortalité.

En 1975, les maladies de l'appareil circulatoire, les tumeurs et les accidents sont la cause de 80 % des décès ; ils ne comptaient que pour 65 % des causes de mortalité en 1951.

Le regroupement des décès autour de quelques causes illustre bien le lien étroit et croissant qui existe entre mortalité, mode de vie et environnement, ce que soulignait aussi le « document sur la santé du Canada » publié en 1974 à Ottawa.

PRINCIPALES CAUSES DE DÉCÈS AU QUÉBEC EN 1975

(En pourcentage.)

	Hommes	Femmes
Maladies de l'appareil circulatoire	45	48
Tumeurs	21	22
Accidents	13	7
Total	79	77

Source : Fichier des décès, 1975, registre de la population, M.A.S.

CAUSES DE DÉCÈS EN HAUSSE ENTRE 1965 ET 1974

Hommes (en pourcentage)	Causes de décès	Femmes (en pourcentage)
+ 82	cirrhose du foie	+ 61
+ 62	cancer du poumon	+ 68
+ 47	maladies de l'appareil respiratoire	»
+ 92	suicides	+ 20
+ 15	leucémies	+ 15

Source : Indicateurs sanitaires du Québec, document de travail, Jean-Marc Bernard, M.A.S.

CAUSES DE DÉCÈS EN BAISSÉ ENTRE 1965 ET 1974

Hommes (en pourcentage)	Causes de décès	Femmes (en pourcentage)
— 91	cancer de l'estomac cancer du col l'utérus	— 7 — 37
— 12	maladies ischémiques du cœur	— 21
»	cancer de l'intestin	— 16

Source : Indicateurs sanitaires du Québec, document de travail, Jean-Marc Bernard, M.A.S.

La diminution de certaines causes de décès reflète soit un changement de comportement soit la réussite d'un dépistage précoce.

• En ce qui concerne la *morbidité*, on constate que plus de la moitié de l'activité hospitalière porte sur le traitement des maladies des appareils digestif, respiratoire, circulatoire et des organes génito-urinaires.

Diverses études menées actuellement tentent de cerner les relations entre mortalité, morbidité et style de vie. Leurs résultats devraient permettre de mieux connaître l'état de santé des Québécois et d'intervenir pour le modifier si nécessaire.

Certaines données connues toutefois, sur le tabagisme, la consommation d'alcool et l'alimentation témoignent des risques encourus par certains groupes de population, compte tenu des liens entre mortalité et consommation de tabac et d'alcool.

Cette prise de conscience globale des dangers que comportent habitudes de vie et environnement a suscité un effort d'information et d'éducation très important.

« Au Québec, faut se tenir en santé » est un thème que le ministre des Affaires sociales propose aux Québécois depuis 1977 dans le cadre d'une campagne pour l'amélioration de leur état de santé, et qu'ont véhiculé des messages télévisés, radiodiffusés, panneaux réclames et affiches.

1. Les grandes orientations du système de santé proposées par la commission Castonguay.

Pour mieux comprendre la « philosophie », l'organisation et le financement du système de santé publique du Québec, dont on sait qu'il constitue une expérience originale, il est indispensable de revenir aux études et conclusions de la *commission Castonguay*.

Enorme travail d'investigation qui passe au crible les institutions en place, recueille les témoignages des professionnels et des usagers, enregistre toutes les revendications. Fait rare, c'est une administration qui se met à l'écoute des citoyens, organise sa propre mise en question et entreprend une réforme qui pour être « tranquille » ne s'en veut pas moins « radicale ».

Son rapport est un des premiers à insister sur la nécessité d'améliorer le *milieu* dans son ensemble et de s'interroger sur l'état de santé de la population. Si certains indices tels la courbe générale de la mortalité, la hausse de l'espérance de vie et le déclin de la mortalité infantile apparaissent encourageants, 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. S'impose en conséquence une politique de santé basée sur les besoins de la population.

La commission constate que l'organisation des soins reste centrée sur le traitement des affections aiguës, l'hôpital, les médecins, particulièrement les spécialistes, et néglige la prévention et la réadaptation.

Elle insiste particulièrement sur l'importance des soins de « première ligne » qui constituent la première étape, la base du régime de la santé. Elle signale la pénurie d'omnipraticiens et l'absence de tout organisme chargé d'assurer précisément ces premiers soins. Ils sont dispensés soit par les cliniques externes et les salles d'urgence des hôpitaux, soit par les omnipraticiens en cabinet privé, soit par les unités sanitaires pour les services préventifs, mais aucun mécanisme de coordination n'existe en vue d'assurer leur accessibilité à la population.

En plus de ces lacunes, la commission souligne la fragmentation des services et le développement de systèmes parallèles qui n'entretiennent à peu près aucune relation entre eux, avec le système hospitalier ou le système privé des cabinets médicaux.

Enfin, en ce qui concerne l'accès aux soins, la commission constate qu'il existe au Québec de lourdes inégalités qui tiennent principalement à des causes d'ordres physique, financier et social. Les premières s'expliquent par la dispersion sur un territoire immense d'îlots de peuplement qui en raison de la distance et du temps, ont des difficultés d'accès aux soins. Les causes d'ordre psycho-social sont liées aux conditions particulières des groupes défavorisés ou économiquement faibles dont l'état de santé est moins bon que celui de l'ensemble de la population et pour lesquels aucun programme spécifique n'est prévu. Quant aux obstacles d'ordre financier, s'ils sont atténués du fait de l'assurance hospitalisation et de l'assurance médicale pour les assistés sociaux, ils demeurent une difficulté importante à l'accès aux soins.

En vue de corriger ces déficiences, la commission a donc recommandé :

1° Que la politique de la santé au Québec ait pour objectifs généraux :

a) d'améliorer l'état de santé de la population par une médecine globale et axée sur la personne ;

b) d'améliorer l'état du milieu dans lequel vit la population.

2° Que la politique de la santé au Québec ait pour objectifs particuliers d'établir un régime de santé :

a) d'accès universel ;

b) acceptable à la population ;

c) qui permette la distribution de soins de qualité sur les plans à la fois scientifique, humain et social ;

d) efficace, c'est-à-dire sur le recours aux méthodes modernes d'organisation et de distribution.

Le système de santé devra comprendre trois niveaux de soins : les soins généraux, les soins spécialisés et les soins ultra-spécialisés. Le niveau primaire devrait comprendre la gamme complète des soins : prévention, conseil, éducation sanitaire, diagnostic, traitement et réadaptation. Pour en assurer la responsabilité, la commission recommande la mise en place de « centres locaux de santé », « noyaux de l'organisation des soins au niveau général ».

Les autres niveaux de soins devraient demeurer la responsabilité des hôpitaux et des centres hospitaliers universitaires.

Telles sont les grandes lignes de l'organisation proposée par la commission Castonguay et qui allaient trouver une rapide application dans les années qui ont suivi.

Nous situerons d'abord les « acteurs » du système.

2. La mise en place d'un réseau de services accessibles à tous et à vocation globale.

● **Le ministère des Affaires sociales.**

La naissance du ministère des Affaires sociales fut facilitée par la décision de M. Claude Casavant de se présenter aux élections de 1970. Il fut élu député et nommé ministre des Affaires sociales.

Quelques mois après sa nomination, il décidait de fusionner le ministère de la Santé et le ministère du Bien-être et de la Famille. Les objectifs de la commission devenaient ainsi les objectifs du ministère des Affaires sociales.

Ce dernier se dota d'une structure fonctionnelle et s'efforça de mettre en place un système de santé inspiré des orientations du rapport de la commission. Trois principes fondamentaux furent respectés :

1. Créer des structures responsables dans la distribution des soins. La loi adoptée en 1971 précise les responsabilités des divers organismes responsables, soit les conseils régionaux pour la coordination des services, les centres locaux de services communautaires pour les soins généraux (primaires) et les centres hospitaliers pour les soins spécialisés et ultra-spécialisés.

2. Planifier régionalement cette distribution. C'est le rôle primordial des conseils régionaux.

3. Intégrer les services préventifs et curatifs dans une même structure tout en assurant la protection de la santé publique. Cette responsabilité a été confiée aux centres locaux de services communautaires, responsables des soins primaires, et à certains hôpitaux désignés pour un rôle spécifique en santé publique par le biais des départements de santé communautaire.

Le Ministère regroupe, sous sa seule autorité, toutes les activités relatives aux trois domaines de la mission sociale de l'Etat : la santé, les services sociaux et la sécurité du revenu.

Ce regroupement facilite l'élaboration des programmes qui tiennent compte des relations étroites entre les problèmes sanitaires, sociaux et économiques des citoyens. Il permet aussi, grâce à la législation sociale, d'assurer une meilleure coordination dans l'organisation et la distribution des soins et services.

Concrètement, le ministère des Affaires sociales conçoit et applique la politique sociale du Québec. Il est responsable de l'implanta-

tion et du maintien des établissements de santé et des services sociaux, il administre le régime d'aide sociale.

Il planifie, développe, surveille et contrôle les programmes de santé et des services sociaux et les programmes de soutien et de compensation du revenu.

A l'exception du régime d'aide sociale, la mise en œuvre des programmes est confiée aux établissements sanitaires et sociaux que nous décrirons plus loin, à des régies autonomes comme la Régie des rentes et la Régie de l'assurance maladie que nous avons déjà mentionnées et aux corporations (entités ayant la personnalité juridique) que sont les conseils de la santé et des services sociaux.

• Avant de décrire le « réseau des affaires sociales », nous dirons un mot des *principaux organismes relevant de l'autorité du Ministère*. Ils comprennent pour l'essentiel :

— la *Régie des rentes du Québec*, dont nous avons déjà résumé le mandat, et qui administre le régime des rentes, le régime d'allocations familiales et contrôle les régimes complémentaires de retraites ;

— la *Régie de l'assurance maladie du Québec*, qui administre le régime d'assurance maladie et divers programmes d'assistances médicales, de services dentaires, de prothèse... de même que le programme des services assurés hors du Québec en vertu de la loi sur l'assurance hospitalisation et le programme de tierce responsabilité ;

— le *Conseil des affaires sociales et de la famille* créé en 1970, c'est un organisme d'étude et de consultation dont les membres sont nommés par le gouvernement après diverses consultations. Il a pour mandat de conseiller le Ministre et de consulter les divers organismes susceptibles de participer à l'élaboration d'une politique sociale et familiale ;

— le *Conseil consultatif de pharmacologie*. Il assiste le Ministre dans la mise à jour de la liste des médicaments fournis gratuitement aux bénéficiaires de l'aide sociale et aux personnes âgées et donne son avis sur leur valeur thérapeutique et leur prix ;

— la *commission des Affaires sociales*. C'est, nous l'avons déjà signalé, un tribunal administratif habilité à traiter en vertu des divers programmes, les plaintes de tout usager du « réseau », insatisfait d'une décision rendue à son égard ;

— le *Conseil de la recherche en santé du Québec*. Créé en 1974, c'est un organisme consultatif chargé de conseiller le Ministre sur la politique de recherche, de favoriser le développement de recherches épidémiologiques, opérationnelles et biomédicales, de veiller à l'amélioration de la qualité de la recherche, à la diffusion de ses résultats et à son application dans l'enseignement, la pratique professionnelle, l'organisation et l'administration du régime de santé ;

— *l'Office des personnes handicapées*. Il a pour fonction d'assurer la coordination des services dispensés aux handicapés, de les informer et de veiller à leur intégration scolaire, professionnelle et sociale.

• *Le réseau des affaires sociales.*

Pour assurer *l'accessibilité* aux soins et services, la loi prévoit un modèle spécifique d'organisation axé sur la *régionalisation* et qui confère des responsabilités particulières à chaque catégorie d'établissements, chapeautés dans leur région respective par un conseil de la santé et des services sociaux.

— *Les conseils régionaux de la santé et des services sociaux (C.R.S.S.S.).*

Douze conseils ont été créés pour l'ensemble du territoire, avec le mandat suivant :

- susciter la participation du public ;
- faire le lien entre la population, le Ministère et les établissements ;
- recevoir et analyser les plaintes des usagers et faire les recommandations nécessaires ;
- conseiller et assister les établissements ;
- assurer une répartition adéquate des ressources disponibles.

Le rôle des C.R.S.S.S. est donc avant tout consultatif. La commission d'enquête avait recommandé en son temps de leur confier un rôle décisionnel dans la planification et l'allocation des ressources sur une base régionale. La résistance, tant au niveau politique qu'au niveau des établissements, n'a pas permis de réaliser une telle décentralisation des pouvoirs de décision.

Toutefois, la loi prévoit que le Ministre peut leur confier des responsabilités pour l'exécution des programmes de santé et de services sociaux, ce qu'il n'a pas manqué de faire au cours des dernières années et qu'il devrait poursuivre afin d'accentuer le mouvement de décentralisation. Leur ont été ainsi confiés :

- les transports ambulanciers ;
- les achats de groupe ;
- les projets inférieurs à 1.000.000 de dollars ;
- des mandats spécifiques pour :
 - l'organisation des services psychiatriques,
 - l'implantation et le développement du réseau des C.L.S.C.,

- la coordination et la transformation progressive du réseau des services offerts aux inadaptés sociaux,
- l'administration de programmes particuliers,
- la détermination des plans d'effectifs médicaux pour chacun des centres hospitaliers universitaires et la délivrance des autorisations requises pour instaurer ou cesser d'exploiter un établissement, ou pour acquérir, construire ou transformer un bâtiment.

Les conseils jouent donc un rôle prépondérant dans l'organisation des soins et le Ministère entend leur confier prochainement de plus grandes responsabilités encore.

— *Les centres hospitaliers.*

Le centre hospitalier se veut un établissement qui s'occupe de la *prévention* des maladies, de l'établissement des *diagnostics*, des traitements médicaux et de *réinsertion* physique et mentale. Il dispense des soins de courte durée, des soins prolongés et des soins psychiatriques.

**NOMBRE DE CENTRES HOSPITALIERS PAR RÉGION SOCIO-SANITAIRE
ET BUDGETS RÉGIONAUX DES CENTRES HOSPITALIERS EN 1979-1980**

(En dollars.)

Nombre	Budget 1979-1980
Région 01 : 11	76.005.371
Région 02 : 10	96.676.705
Région 03 : 39	410.848.603
Région 04 : 15	122.885.042
Région 05 : 12	99.726.891
Région 06A : 38	949.476.614
Région 06B : 10	76.930.067
Région 06C : 17	132.753.889
Région 07 : 9	62.237.682
Région 08 : 10	44.498.073
Région 09 : 8	30.756.650
Région 10 : 4	11.813.009
Total : 203	Total : 2.114.613.596

ÉVOLUTION DE LA CAPACITÉ HOSPITALIÈRE

Années	Lits de soins de courte durée			Lits de soins prolongés			Sous-total			Places d'accueil (*)			Total		
	Nombre	Var. en %	Taux 1.000 hab.	Nombre	Var. en %	Taux 1.000 hab.	Nombre	Var. en %	Taux 1.000 hab.	Nombre	Var. en %	Taux 1.000 hab.	Nombre	Var. en %	Taux 1.000 hab.
1974	32.029	»	5,24	16.667	»	2,72	48.756	»	7,96	7.483	»	1,22	56.239	»	9,18
1975	32.325	0,73	5,25	16.385	-1,69	2,66	48.710	-0,09	7,91	7.343	-1,87	1,20	56.053	-0,33	9,11
1976	28.126	-12,98	4,54	17.338	5,81	2,80	45.464	-6,66	7,34	8.590	14,25	1,35	53.854	-3,92	8,69
1977	27.075	-3,73	4,34	18.264	5,34	2,93	45.339	-0,27	7,28	8.218	-2,05	1,32	53.557	-0,05	8,60
1974-1977	»	-15,62	»	»	9,58	»	»	-7,00	»	»	9,82	»	»	4,76	»

* En milieu hospitalier.

Février 1974 : 6.123.627.

1975 : 6.156.956.

1976 : 6.190.584.

1977 : 6.225.019.

Sources : Planification-Scité, développement des ressources, cahier des ressources vs besoins 1974, 1975-76, 1976-77, édition révisée au 21 mars 1978.

Super-Pop, résultats révisés, 1^{er} janvier 1977. Hypothèses : fécondité faible, migration série B.

RESSOURCES EN LITS AU PERMIS DES CENTRES HOSPITALIERS EN 1979-1980 (1)

Région	Soins de courte durée		Soins prolongés		Places d'accueil		
	Physiques	Psychiatriques	Physiques	Psychiatriques	Physiques	Psychiatriques	Ferrière (2)
01	1.019	195	529	40	150	175	141
02	1.246	158	611	10	103	338	99
03	4.442	645	2.341	2.020	515	2.161	28
04	1.589	142	964	125	441	»	15
05	1.120	104	679	»	196	»	»
6A	9.709	1.858	6.683	2.017	665	1.651	507
6B	743	210	510	203	»	102	240
6C	1.695	186	1.334	125	299	»	18
07	745	133	515	152	»	162	133
08	536	87	380	»	24	»	»
09	487	»	93	»	»	»	»
10	121	»	12	»	»	»	»
Le Québec	23.452	3.718	14.651	4.592	2.393	4.569	1.181

1. La capacité globale (physiques et psychiatriques) reflète le permis; les lits pour malades psychiatriques sont estimés à partir de différentes sources et indiquent, pour la plus part, la capacité en lits dressés. Les lits aux malades physiques sont obtenus par soustraction.

2. Places en foyers protégés affiliés à un centre hospitalier.

Source : Planification-Santé, cahier des ressources 1979, juillet 1979.

LE RAPPORT LITS HOSPITALIERS PAR 1.000 HABITANTS

Région socio-sanitaire	Population 1979 (*)	Soins de courte durée		Soins prolongés	
		Physiques	Psychiatriques	Physiques	Psychiatriques
01	222.444	4,58	0,87	2,37	0,17
02	282.364	4,41	0,55	2,16	0,03
03	995.064	4,46	0,64	2,35	0,51
04	416.815	3,81	0,34	2,31	0,29
05	230.633	4,85	0,45	2,94	»
6A	2.132.478	4,55	0,87	3,13	0,95
6B	483.482	1,53	0,43	1,05	0,41
6C	1.025.916	1,65	0,18	1,30	0,12
07	283.317	2,62	0,46	1,81	0,53
08	138.601	3,86	0,62	2,74	»
09	116.001	4,19	»	0,80	»
10	16.597	7,13	»	0,70	»
Le Québec	6.343.712	* 3,69	0,59	2,31	0,74

* Population de référence 1979 = Super-Pop '79 x recensement 1976.

Super-Pop '76

Sources : Super-Pop, édition janvier 1977. Données du recensement de 1976.

Le Québec compte environ 3,7 lits de soins de courte durée pour 1.000 habitants et 2,3 de long séjour. La proportion en psychiatrie est de 0,59 pour 1.000 pour le court séjour, de 0,74 pour la longue durée.

Par leurs « cliniques externes », nous dirions leurs consultations externes, les hôpitaux participent en outre à la distribution des soins primaires, d'autant que les malades ont une tendance croissante à s'adresser à eux en raison des difficultés d'obtenir des soins le soir, ou en fin de semaine.

Il en résulte inévitablement un engorgement, notamment des salles d'urgence qui n'est pas sans poser de problèmes.

Précisons que les établissements hospitaliers constituent des « corporations » (personnes morales) au sens du droit civil dont les conseils d'administration comprennent des représentants des usagers, des forces socio-économiques, des membres de l'ancienne corporation si les actifs appartiennent encore à cette dernière, des représentants des professions médicales, paramédicales et de l'université.

— *Les départements de santé communautaire (D.S.C.).*

En application du rapport Castonguay, qui recommandait l'intégration à tous les niveaux de soins de services curatifs et préventifs, étaient créés, en 1971, des départements de santé communautaire qui se constituaient à l'intérieur même des hôpitaux et dont l'organisation était confiée à des centres hospitaliers désignés.

Leurs responsabilités sont les suivantes :

- enquêtes épidémiologiques ;
- immunisation ;
- dépistage des maladies infectieuses ;
- hygiène maternelle et infantile ;
- santé scolaire ;
- nutrition ;
- santé dentaire ;
- santé des travailleurs ;
- santé d'urgence et consultations externes.

Leurs actions s'articulent autour de quatre axes :

- l'analyse des problèmes de santé ;
- l'élaboration des programmes de santé ;
- la coordination des ressources communautaires ;
- l'évaluation de l'état de santé de la population et de l'efficacité des programmes sanitaires, les équipes responsables devant s'ajuster aux besoins du public et utiliser toutes les ressources de leur territoire.

La création de ces 32 départements a globalement eu des implications de trois ordres :

- l'intégration de la fonction de santé publique et de prévention dans le modèle régional de services de santé du Québec ;
- l'établissement d'un niveau sous-régional de coordination et de responsabilité pour la santé communautaire ;
- un *changement profond dans le rôle de l'hôpital.*

Le bilan de cette opération apparaît positif. Au Québec, la santé publique ou communautaire apparaît ainsi comme un secteur fort dynamique qui a un impact majeur sur le régime de santé, impact qui devrait être plus considérable encore dans les années à venir si l'on considère le nouveau mandat confié en « santé au travail ».

— *Les centres locaux de services communautaires.*

La création des centres locaux de services communautaires demeure la principale innovation au niveau des soins primaires. Le C.L.S.C. est défini comme une « installation autre qu'un cabinet privé de professionnels, où on assure à la communauté des services de prévention et d'action sanitaire et sociale, notamment en recevant ou visitant les personnes qui requièrent pour elles ou pour leurs familles des services de santé ou des services sociaux courants, en leur prodiguant de tels services, en les conseillant ou, si nécessaire, en les dirigeant vers les établissements les plus aptes à leur venir en aide ».

Les C.L.S.C., dont 81 sont actuellement en fonction, sont responsables d'une population donnée, comprenant entre 7.000 et 25.000 personnes dans les régions rurales et environ 70.000 en zones urbaines.

Ils offrent non seulement les services de santé mais aussi les services sociaux primaires. C'est là un *changement majeur par rapport aux recommandations de la commission d'enquête*, et qui résulte pour l'essentiel d'une décision du Ministre, consécutive à la fusion des deux ministères. Cette intégration ne s'est pas réalisée sans difficulté, on l'imagine.

La création d'équipes multidisciplinaires en santé est déjà une entreprise délicate qui exige des modifications dans les attitudes et les comportements : *accepter au niveau primaire des équipes de services sociaux et de services communautaires* devient un défi de taille, qui exige des modifications tant dans la formation des professionnels concernés que dans leurs habitudes de travail et la définition de leurs tâches.

Soulignons qu'en milieu rural notamment, comprenant d'importantes dispersions de population, la formation d'équipes pluridisciplinaires permet aux C.L.S.C. de se rapprocher de leur clientèle et d'être plus facilement accessibles.

Cette accessibilité est favorisée par l'ouverture de certains centres, en dehors des heures ouvrables habituelles.

Globalement, 88 % des C.L.S.C. offrent des services de consultations psychosociales, 83 % des services de consultations médicales, 67 % des services d'analyse, 87 % des services d'aide technique aux groupes et associations.

Trois principaux axes devraient orienter et dominer l'implantation future de cette initiative :

— l'accent sur les services concrets à la population ;

— la complémentarité nécessaire avec les autres établissements du réseau ;

— la coordination indispensable avec les autres services publics.

— *Les centres d'accueil.*

Il s'agit d'établissements (environ 990) qui accueillent pour les héberger, les entretenir et les garder pour observation des personnes qui en raison de leur âge, de leur situation familiale, de déficiences physiques ou autres doivent être traitées et gardées en résidence protégée.

Il existe quatre catégories de centres d'accueil : les centres de garde d'enfants (419) ; les centres de « transition » (30) ; les centres de réadaptation (134) et les centres d'hébergement (environ 407) auxquels peuvent être rattachés des centres de jour qui apportent aux personnes âgées qui habitent chez elles la possibilité d'être accueillies et de recevoir pendant la journée des soins sociaux et médicaux tout en profitant d'activités de loisirs.

— *Les centres de services sociaux (C.S.S.).*

Leur création résulte de la transformation et de la fusion des agences de service social et des centres psychosociaux. Leur but est de fournir aux personnes en difficulté l'aide requise pour les secourir. Ils sont au nombre de 14 avec plus de 120 points de services répartis sur tout le territoire et sont animés par des équipes pluridisciplinaires. Ils fournissent les services sociaux primaires là où il n'y a pas encore de C.L.S.C. et assurent les services de dépannage et d'aide à court terme. Ils gèrent toutes les ressources de placement autres que celles des établissements, familles d'accueil, foyers de protection.

La nouvelle loi de la protection de la jeunesse oblige les C.S.S. à offrir des services continus (vingt-quatre heures par jour, sept jours par semaine) afin de répondre aux situations d'urgence qui peuvent compromettre la sécurité des jeunes.

LES ÉTABLISSEMENTS DU RESEAU ET LEURS MOYENS

Catégorie et nombre	Budget 1979-1980	Lits	Employés	
			T.C.	T.P.
<i>Etablissements de santé.</i>				
Courte durée (135) ..	1.750.000.000	30.807	74.000	25.000
Soins prolongés	222.000.000	9.802	9.185	4.175
Psychiatriques (9) ..	200.000.000	8.897	8.700	1.500
Privés (39)	51.000.000	2.714	2.000	1.700
Fédéraux (1)	4.000.000	1.064	1.200	»
<i>Etablissements de services sociaux.</i>				
Centres de services sociaux (14)	138.000.000	»	5.962	»
Centres d'accueil et de réadaptation (138) ..	300.000.000	12.000	11.000	»
Centres d'accueil et d'hébergement	221.700.000	18.100	17.600	»
Centres locaux de sorties communautaires (81)	92.000.000	»	4.000	»
Garderies (420)	»	19.300	2.350	»

Pour clore cette description du « réseau » social québécois, il importe de dire un mot sur l'originalité de la *gestion budgétaire des établissements et notamment des hôpitaux*, par le biais du *budget global*.

Le budget traditionnel n'accordait au gestionnaire qu'une marge de manœuvre limitée et ne l'incitait guère à une saine gestion.

Le budget global vise à donner une plus grande liberté de gestion à l'intérieur d'une enveloppe financière totale, liberté certes limitée par l'existence des grilles de rémunération et conventions collectives. Sous cette réserve, le gestionnaire garde la *liberté d'administration* des ressources humaines et financières mises à sa disposition.

Cette liberté, en ce qui concerne la vocation principale de l'établissement et les services de base à fournir, se limite au *choix des moyens* et non évidemment aux objectifs de la gestion définis par les programmes, les règles d'admissibilité et les normes portant sur la qualité des services.

Le contrôle budgétaire s'exerce nécessairement, s'agissant du budget global, à un niveau très général, le Ministère se basant sur la conformité de l'objet des dépenses avec les programmes de services, sur l'utilisation ordonnée des ressources et sur la volonté d'activité des établissements.

La liberté de gestion débouche sur une plus grande autonomie dans les domaines qui dépassent les services de base et pour lesquels ont été prévues des sommes dans le budget. La liberté d'action des conseils d'administration dépend en dernier ressort de l'ingéniosité dont ils font preuve pour financer leurs activités : dons, revenus de fonds de dotation, subventions diverses...

Un mot doit être dit, compte tenu du débat actuel en France sur la tarification hospitalière, de l'application du *budget global dans les hôpitaux*.

Le Québec est en effet à l'avant-garde pour son système de financement du secteur hospitalier. Depuis la prise en charge par le Québec des coûts de l'hospitalisation, les budgets des centres hospitaliers étaient approuvés sur la base des coûts passés. Ces coûts étaient indexés d'année en année afin de conserver à ces établissements un pouvoir de dépenses constant, compte tenu d'un volume d'activités reconnu. De plus, dans la mesure où les dépenses étaient jugées à la fois admissibles et partageables en vertu de la loi, le gouvernement comblait les déficits encourus.

Ces pratiques ont été à l'origine d'un développement incontrôlé du réseau hospitalier. Les administrateurs les plus audacieux retiraient la part du lion des crédits consacrés par le Québec à ce secteur d'activités. En 1972, le budget détaillé a été remplacé par le budget global. La pratique des règlements de fin d'année a été abolie en 1974. En 1977-1978, une opération connue sous le nom de « révision de base budgétaire » fut élaborée.

Cette opération vise à s'assurer que pour les centres hospitaliers qui sont jugés similaires, les services rendus à la population le sont à des coûts comparables. On veut aussi équilibrer les ressources financières des établissements entre eux et récupérer certains montants versés inutilement. Par conséquent, la première phase consiste à mesurer le degré de ressemblance de chaque centre hospitalier. Pour ce faire, il est procédé, au moyen d'une formule mathématique, à l'analyse quantitative de la structure des diagnostics de sortie de tous les centres hospitaliers visés par l'opération.

Cette certitude acquise, la deuxième phase porte sur l'analyse de la productivité de chaque établissement afin de comparer cette productivité individuelle à la productivité moyenne des groupes témoins et de déterminer les excédents et économies de ressources

qui en découlent. 90 % des dépenses totales de chaque centre hospitalier sont ainsi traitées.

La dernière phase permet de déterminer les ajustements, à la hausse ou à la baisse, à être effectués au budget de chaque centre hospitalier. « L'excédent ou l'économie de ressources » d'un établissement est juxtaposé à sa situation budgétaire (surplus-déficit) et le résultat de cette juxtaposition établit le montant maximum à ajouter ou à soustraire de chaque budget. Ces ajustements tiennent également compte de particularités inhérentes à certains établissements.

En 1980 plusieurs autres variables ont été ajoutées afin d'affiner encore cette formule :

- l'enseignement ;
- la recherche ;
- l'incidence du nombre de lits de courte durée, longue durée et autres ;
- l'incidence des services ambulatoires ;
- la présence d'un département de santé communautaire ;
- l'âge des clients traités ;
- l'éloignement, etc.

Le gouvernement, afin d'encourager les établissements à une saine gestion, vient d'accepter une politique des surplus libérables. Par cette politique, les établissements performants conservent les surplus et sont dans la possibilité de les affecter à des fins particulières.

• *La médecine libérale.*

Si le ministre des Affaires sociales, en collaboration avec les conseils régionaux, s'est efforcé d'améliorer la distribution des soins primaires et de mettre en place un véritable « système » de soins, il n'a pas pour autant supprimé — au contraire — la médecine libérale.

Les cabinets privés des médecins généralistes dispensent, en effet, la plus grande partie des soins primaires curatifs. Ils sont régis, on le verra, par une convention collective qui détermine les tarifs de rémunération et certaines règles d'exercice. L'organisation de leur pratique médicale s'est considérablement modifiée en réponse aux changements de la société québécoise et à la création, notamment, des centres locaux de services communautaires, souvent perçus comme une menace à la liberté professionnelle des médecins et, source, en conséquence, d'une modification des habitudes d'exercice libéral.

Les médecins se regroupent de plus en plus dans des unités appelées « polycliniques » qui améliorent l'accessibilité aux soins pri-

maires, dans la mesure où les services peuvent être fournis vingt-quatre heures sur vingt-quatre, sept jours par semaine.

Alors que la commission Castonguay avait constaté une pénurie d'omnipraticiens et une surabondance de spécialistes, cette tendance semble actuellement s'estomper du fait, d'une part, de la rémunération des actes à « tarif unique », quelle que soit la nature du praticien, d'autre part de la diminution du nombre de postes de résidents qui donnent accès aux spécialités.

Dans la dernière décennie, le nombre total des médecins est passé de 6.000 à près de 10.000 et la densité médicale de 1 pour 964 habitants en 1967 (un omnipraticien pour 2.296) à 1 pour 634 en 1976 (un omnipraticien pour 1.471).

3. Le fonctionnement du système de santé : l'accessibilité aux soins.

L'originalité du système québécois réside dans la *gratuité totale* des soins dispensés à l'aide d'un tiers payant généralisé, ce qui a entraîné le développement, au sein de la profession médicale notamment, d'un contrôle qualitatif et quantitatif des soins original. Ce système paraît d'autant mieux accepté qu'il n'est guère répressif et qu'il permet de rassembler une masse de données épidémiologiques intéressante.

• La gratuité des soins.

Mettant en œuvre les principes énoncés dans le rapport Castonguay, les Québécois ont voulu que l'instauration de la gratuité des soins, condition de l'accessibilité financière réelle, soit une étape dans l'établissement d'une médecine globale centrée, on l'a vu, plus sur l'individu que sur la maladie.

— Hospitalisation.

L'assurance hospitalisation assure à toute personne domiciliée au Québec l'accessibilité financière totale aux services dispensés dans les centres hospitaliers reconnus.

Les services assurés comprennent, comme pour l'ensemble des Canadiens, l'hébergement et la gratuité totale des soins avec tiers payant.

Les services hospitaliers requis à l'extérieur du Québec et du Canada peuvent être également couverts.

Sont exclus de l'assurance hospitalisation :

— le supplément pour une chambre à un ou deux lits demandée par un malade sans raison médicale ;

— le transport par ambulance pour les moins de soixante-cinq ans ;

— les médicaments que le malade emporte à sa sortie de l'hôpital ;

— les hospitalisations qui ne sont pas prescrites par la pratique médicale (bilan de santé, chirurgie esthétique...).

Des consultations externes peuvent être fournies gratuitement à des bénéficiaires non hébergés :

— pour des soins d'urgence ;

— des soins de chirurgie mineure ;

— des services diagnostiques (tests de laboratoire, radiographies, électrocardiogrammes...);

— des services de physiothérapie, ergothérapie, audiologie, orthophonie, etc.

— *Les soins médicaux.*

C'est la loi du 13 juin 1969 qui a créé la Régie d'assurance maladie du Québec (R.A.M.Q.) chargée d'appliquer le régime d'assurance maladie et d'assumer le coût des services médicaux, optométriques et de chirurgie buccale, dispensés dans le cadre de ce régime. Ultérieurement, la Régie a dû assurer l'administration de programmes aux assistés sociaux et aux personnes âgées, puis des services dentaires des moins de quinze ans.

Présentement, la R.A.M.Q. administre, c'est-à-dire prend en charge le financement des programmes suivants :

1. Programme de services médicaux et chirurgicaux.

Ce programme couvre les services que rendent les médecins à des fins de prévention, diagnostic, traitement et réadaptation. Ils comprennent les visites, consultations, soins psychiatriques, actes diagnostiques ou thérapeutiques, actes chirurgicaux, anesthésie, radiologie et la plupart des examens.

En bénéficiant en toute gratuité, les personnes résidant au Québec, sur seule présentation de leur carte « soleil » témoignant d'une immatriculation à la R.A.M.Q.

2. Programme chirurgie buccale et services dentaires.

Il comprend les services de chirurgie buccale rendus en milieu hospitalier ou dans un établissement universitaire ainsi que les services dentaires préventifs et curatifs donnés aux enfants de moins de quinze ans ou aux bénéficiaires de l'aide sociale.

3. Programme de remboursement des prothèses pour toute femme domiciliée au Québec ayant subi une mammectomie totale.

4. Un programme « services optométriques » pour toute personne domiciliée au Québec.

5. Un programme « médicaments » à l'intention des personnes âgées et des assistés sociaux, pour les seuls médicaments prescrits et figurant sur une liste spéciale.

6. Un programme « prothèses et appareils orthopédiques » couvrant le coût d'achat, de remplacement et de réparation d'appareils figurant sur une liste préétablie, à l'intention de toutes les personnes handicapées.

7. Enfin, un programme « aide aux handicapés visuels » et « aides aux handicapés auditifs », essentiellement à l'intention des personnes de moins de trente-six ans, reconnues handicapées.

● *Assurance maladie et exercice médical.*

La gratuité des services médicaux par un système de tiers payant assuré par la R.A.M.Q. a été introduite sans que soit bouleversé, pour l'essentiel, le mode libéral d'exercice de la médecine.

Les médecins, librement choisis par les patients, restent rémunérés à l'acte mais leurs honoraires leur sont versés par la Régie qui exerce inévitablement un contrôle étroit sur leur activité, contrôle quantitatif des relevés d'honoraires, au moyen d'enquêtes auprès des patients et contrôle qualitatif. Les informations recueillies permettent d'établir des « profils de pratique » par spécialité et par région. Si ces contrôles peuvent donner lieu à des sanctions, ils ont surtout un effet dissuasif et un but d'information sur les activités des médecins et les besoins de la population en vue d'orienter la politique de recrutement et de répartition des médecins sur le territoire.

Quelques points méritent d'être précisés :

— Le ministère des Affaires sociales conclut périodiquement des *ententes avec les associations professionnelles de médecins*, ententes supposant le respect de certaines normes en matière notamment de rémunération des actes. Ce sont ces ententes qui ont prévu, jusqu'à ces dernières années, un tarif unique pour les omnipraticiens et les spécialistes, revalorisant ainsi la fonction de généraliste, et qui ont distingué, en vue d'en différencier la tarification, trois types d'examen : sommaire, complet et complet majeur.

— La *rémunération des médecins* est assurée dans un délai d'environ quatre semaines par la R.A.M.Q. au reçu de la justification des actes effectués. Le relevé d'honoraires adressé à la Régie comprend, outre des données permettant d'identifier le patient, des indications sur la nature de l'acte et le diagnostic. Nous y reviendrons.

Notons que les revenus des praticiens sont plafonnés en pratique (96.000 dollars par an), puisque au-delà de ce chiffre, les honoraires ne sont remboursés qu'à 25 % de leur valeur.

— Divers types de *contrôles* sont prévus.

a) Un contrôle *qualitatif* de l'acte, qui relève d'un comité d'inspection professionnelle mis sur pied par la corporation professionnelle des médecins du Québec pour apprécier l'activité des membres de cette corporation. S'y ajoute, en milieu hospitalier, le contrôle du conseil d'administration de l'hôpital par l'intermédiaire du Conseil des médecins et du directeur des services professionnels de l'hôpital. Ces contrôles sont largement acceptés par le corps médical, s'agissant de pratiques en vigueur depuis de nombreuses années.

b) Un contrôle *quantitatif* exercé par la R.A.M.Q. en raison du pouvoir d'enquête sur toute matière de sa compétence que lui reconnaît la loi. Les appréciations se fondent sur les relevés d'honoraires, afin d'exercer un contrôle des coûts des soins mais débordent ce cadre.

Le premier contrôle de la Régie porte sur la réalité des actes dont elle doit assurer le règlement au médecin. A cet effet, environ 5.000 bénéficiaires de l'assurance sont sélectionnés chaque semaine parmi ceux sur lesquels les médecins ont réclamé des honoraires et se voient invités à confirmer ou infirmer les déclarations du médecin.

Compte tenu des aléas de ce type de vérification, ont été prévus des « *profils de pratique* ».

La masse des renseignements reçus par la Régie, à partir des relevés d'honoraires, permet en effet de dégager des fréquences moyennes en matière de répartition de catégories d'actes. Globalement, l'activité du médecin transparaît au travers de la rémunération qui lui est versée. Des écarts sensibles par rapport aux moyennes dégagées sont une présomption d'anomalies dans l'exercice de la profession et désignent ceux auprès desquels une enquête sera effectuée. Interviennent alors des comités dont la composition et les attributions découlent soit d'ententes entre fédérations de médecins et ministère (comité d'appréciation des relevés d'honoraires à rôle consultatif), soit de dispositions légales (comités de révision au nombre de cinq, un par catégorie de praticiens) qui apprécient si les interventions du médecin ont eu un caractère abusif ou injustifié ou si les actes accomplis ne correspondent pas à la description qui en est donnée à la Régie, dans le but de percevoir une rémunération supérieure à celle correspondant au service effectivement rendu.

Les profils utilisés à cette occasion sont établis *trimestriellement par spécialité et par région*. De ces enquêtes, pourra résulter un refus de paiement total ou partiel de la Régie, voire un remboursement de trop-perçus. Les affaires litigieuses peuvent même

donner lieu à contentieux judiciaires et déboucher sur de lourdes amendes.

— Etaient primitivement envisagés des « profils de consommation » visant à détecter les abus des patients, mais l'établissement de ces profils est resté lettre morte à ce jour.

— La situation entre les deux types de contrôle, qualitatif et quantitatif, ne saurait être absolue. L'activité de la Régie en matière d'analyse de relevés peut en effet mettre le doigt sur des défauts de qualité ou un mode d'activité incompatible avec une qualité des services : nombre excessif d'actes quotidiens ou succession d'actes thérapeutiques peu raisonnables. En ce cas, la Régie ne peut que saisir les corporations professionnelles qui examineront s'il y a défaut de qualité et s'il convient de prendre des sanctions.

— *Une meilleure connaissance de la pratique médicale.*

L'étude des relevés n'a pas qu'un rôle répressif ; elle permet une connaissance très solide des particularités de la pratique et de la consommation médicale.

Des études en ce sens sont en cours : à partir des relevés quotidiens d'actes, peut être dégagé le calendrier hebdomadaire de l'activité d'un médecin qui peut faire apparaître des tendances dommageables à l'accession aux soins de la population. A la limite, un manque factice de médecins pourrait apparaître, qui aurait son origine dans une mauvaise répartition du temps de travail des praticiens. L'étude de la fréquence des diverses catégories d'actes peut faire apparaître des « modes » peu fondées.

Est actuellement étudiée l'incidence du plafonnement du revenu sur le rythme d'activité des médecins.

● *Vers une nouvelle pratique médicale ?*

— *Une médecine plus globale.*

La médecine, longtemps curative, se veut au Québec plus qu'ailleurs également préventive. Et la prévention n'y est plus l'apanage exclusif des médecins. En même temps que s'élargit la notion de santé, jusqu'à englober les caractéristiques sociales, économiques et psychologiques, la différence entre services sociaux et services de santé devient plus mince. Pour répondre aux objectifs d'accessibilité, pour assurer la continuité des services, les professionnels de la santé et des services sociaux doivent conjuguer leurs efforts et se rassembler en équipes pluridisciplinaires.

Les préoccupations sociales se manifestent ainsi dans le domaine de la rééducation et de la réadaptation d'un grand nombre de handicapés physiques et mentaux. La mortalité infantile est à son plus bas niveau grâce à des mesures sociales et aux progrès de la médecine.

L'importance croissante de la Sécurité sociale constitue un fait relativement nouveau pour la pratique médicale. L'apparition du tiers payant et la garantie implicite de la qualité des soins médicaux transforment radicalement les relations entre médecin et patients et modifient le contexte sociologique dans lequel il exerce sa profession.

En ville, où se regroupe la très grande majorité de la population québécoise, les gens utilisent de plus en plus les services de centres hospitaliers et dans les cas d'urgence, trouvent plus facile de s'y rendre directement.

L'exercice de la médecine, nous l'avons déjà noté, est de moins en moins individualisé, les médecins, souvent de spécialités diverses, ou omnipraticiens, se groupant pour partager un immeuble et utiliser des moyens de diagnostic communs. Ces centres de consultation sont le plus souvent situés à proximité d'un centre hospitalier, dont peuvent être, si besoin, utilisés les services. Il n'existe pas au Canada, ni à Québec, cette coupure entre médecine hospitalière et médecine de ville. Les omnipraticiens ont accès à l'hôpital et peuvent y soigner leurs patients, comme ils ont accès aux centres locaux de soins communautaires où ils peuvent également trouver des services généraux de diagnostic.

Aucun médecin libéral n'est étranger au « réseau », qu'il contribue, tout comme les personnels médicaux, paramédicaux ou sociaux, à animer.

— *Une remise en question permanente des compétences, grâce essentiellement à la corporation professionnelle des médecins du Québec.*

Particulièrement intéressant est le mécanisme du *contrôle de l'exercice professionnel* mis en place au Québec, qui incombe essentiellement à la corporation professionnelle des médecins, dont la mission principale est *la protection du public et le contrôle de la qualité de l'exercice médical.*

La corporation a trois fonctions dominantes pour remplir son rôle de protection du public :

— s'assurer de l'acquisition des compétences nécessaires pour tout candidat à la profession médicale, d'où un rôle important dans l'organisation des études médicales ;

— s'assurer du maintien des compétences (connaissances, habileté technique) et de la probité pour tout médecin en exercice, par un contrôle de l'exercice professionnel ;

— organiser la répression de l'exercice illégal.

Le contrôle de l'exercice professionnel apparaît tout particulièrement original et efficace. Il est exercé par un comité d'inspecteurs

professionnels qui souhaite surtout promouvoir l'amélioration de la qualité de l'exercice.

Ce contrôle concerne autant les centres hospitaliers où s'effectuent les actes les plus graves, que les cabinets de consultations privés. Il se manifeste par des visites régulières qui permettent de juger de l'adéquation entre les équipements des centres et les besoins. L'examen des dossiers médicaux, des entretiens avec les intéressés peuvent se traduire par des recommandations de modification de comportement.

La plupart des médecins collaborent positivement à ce contrôle y voyant une possibilité d'améliorer la qualité de leur exercice et de parvenir à un autocontrôle.

Ce système dont le succès tient beaucoup à l'absence de coercition est très lié à un mécanisme particulièrement intéressant également de *formation continue*.

• *La formation permanente* des médecins apparaît, en effet, comme le correctif aux lacunes qu'aurait décelées le contrôle de l'inspection professionnelle.

En vertu du Code des professions, la corporation des médecins veille ainsi à organiser des cours et stages d'éducation médicale continue. Elle peut déterminer des cas où le professionnel peut être tenu d'effectuer un stage (après une interruption d'activité par exemple). De même que le comité d'inspection peut obliger un médecin à suivre un tel stage.

Le Code de déontologie lui-même fait du perfectionnement un *devoir*.

Pour faciliter cette obligation de recyclage, la corporation mène une politique très active d'incitation d'abord de ses membres, de soutien également aux divers organismes de formation existants, de coordination des activités de participation enfin au financement.

Par ces deux éléments — contrôle de l'exercice médical et encouragement à la formation permanente — qui se rejoignent largement dans une même vocation de protection du public, la corporation apparaît comme un organisme très original et rien moins que corporatiste. En raison de l'existence de fédérations remplissant le rôle syndical de défense des intérêts de la profession, elle se place délibérément dans le camp du public toujours soucieux d'une médecine de qualité et par là sans doute, assure mieux que d'autres, la défense et leur nature bien comprises de l'intérêt du corps médical.

• *L'accroissement des dépenses et son contrôle.*

Le Québec, comme le Canada dans son ensemble et comme toutes les nations industrialisées, connaît une augmentation croissante des dépenses sociales.

Les pouvoirs publics ont évidemment cherché à limiter celle-ci. Un certain nombre d'établissements ont été fermés. D'autres ont été transformés. Des compressions budgétaires de plusieurs dizaines de millions de dollars ont été effectuées dans les centres hospitaliers de soins de courte durée, afin de consacrer davantage de ressources aux services aux personnes âgées, aux personnes handicapées et aux malades chroniques.

Le Ministère a d'autre part entrepris la normalisation des budgets d'établissements, introduisant une politique systématique de *contributions à l'hébergement*. C'est ainsi que les parents participent financièrement à l'entretien de leur enfant lorsque celui-ci est placé dans une famille d'accueil ou un centre d'accueil. C'est ainsi également que les adultes hébergés en centre d'hébergement ou en centre hospitalier de soins prolongés paient une contribution pour leur hébergement.

Le Ministère a également adopté une politique plus restrictive pour limiter l'accroissement de l'équipement informatique et l'introduction au Québec des récentes découvertes technologiques dans le monde médical et hospitalier.

Il en résulte qu'au cours des cinq dernières années les dépenses pour la sécurité de revenu, et même les dépenses totales des affaires sociales, ont évolué moins vite que l'ensemble des dépenses gouvernementales.

EVOLUTION RELATIVE DES DÉPENSES DU GOUVERNEMENT DU QUÉBEC

Années	Sécurité du revenu	Dépenses totales Affaires sociales	Dépenses totales du gouvernement
1973-1974	100	100	100
1974-1975	118	122	127
1975-1976	137	148	154
1976-1977	166	172	179
1977-1978	177	185	202

Depuis quelques années enfin, les services de soins à domicile et la médecine ambulatoire « services aux malades sur pied » prennent de plus en plus de place au sein du réseau des services de santé et constituent une alternative moins coûteuse à l'hospitalisation.

• L'évolution de la *répartition des dépenses par grand secteur d'activité* permet d'apprécier cette croissance des soins à domicile et de la médecine de ville. On constate, en monnaie constante, une baisse des dépenses relatives à l'hospitalisation en centres de court séjour.

DEPENSES COMPARATIVES POUR QUELQUES SECTEURS DU DOMAINE PUBLIC

(En millions de dollars.)

Secteurs d'activité	1974-1975		1975-1976		1976-1977	
	Dollars courants	Dollars (*) constants	Dollars courants	Dollars (*) constants	Dollars courants	Dollars (*) constants
Gouvernement du Québec (1)	7.208,6	5.227,4	8.792,0	5.911,9	10.225,0	6.378,7
Ministère des Affaires sociales (2)	2.443,6	1.772,0	2.971,1	1.988,0	3.455,6	2.155,7
Santé plus R.A.M.Q. (1)	1.905,8	1.382,0	2.324,5	1.563,2	2.668,1	1.664,4
Santé moins R.A.M.Q. (1)	1.434,4	1.040,2	1.755,5	1.180,6	2.014,2	1.256,5
Hospitalisation en centre hospitalier de soins de courte durée (3)	867,8	629,3	904,9	608,5	895,6	558,7
Services ambulatoires (4)	317,2	230,0	377,6	253,9	458,3	285,9

* Dollars constants de 1971; les indices sont les suivants : 1974-75 : 137,9; 1975-76 : 148,7; 1976-77 : 160,3.

Sources :

1. Les priorités du ministère des Affaires sociales pour l'année 1978-79, Direction générale de la planification, août 1977, tableaux 7 et 8.
2. Idem, tableau 1.
3. Analyse des cartes comptables des établissements : coût de fonctionnement des hôpitaux pour soins spécialisés et ultraspecialisés, physiques et mentaux.
4. Cahier des annexes, annexe 1, tableaux 1, 2 et 3.

EVOLUTION DES DÉPENSES DU SECTEUR PUBLIC AU QUÉBEC

(En millions de dollars courants.)

Années	Gouvernement	Indice	Affaires	Indice	Santé	Indice	Assurance	Indice
	(1)		sociales		(et RAMQ)		hospitalisation (4)	
			(2)		(3)			
1971-1972	4.179,2	100,0	1.835,2	100,0	1.237,6	100,0	687,8	100,0
1972-1973	5.045,7	120,7	2.085,5	113,61	361,3	110,0	795,0	115,6
1973-1974	5.767,0	138,0	2.347,3	127,9	1.515,4	122,4	905,5	131,7
1974-1975	7.247,2	173,4	2.794,5	152,3	1.819,2	147,0	1.286,3	187,0
1975-1976	9.000,0	215,4	3.606,0	196,5	2.255,1	182,2	»	»
1976-1977	10.335,0	247,3	4.016,8	218,9	2.612,7	211,1	»	»
1977-1978	11.774,9	281,8	4.338,1	236,4	2.780,5	224,7	»	»

Sources :

- (1) Comptes publics du Québec.
- (2) Comptes publics du Québec.
- (3) Budget détaillé du M.A.S. et rapport annuel de la R.A.M.Q.
- (4) Direction générale du financement, service des données financières et opérationnelles, M.A.S.

EVOLUTION DES DEPENSES DU SECTEUR PUBLIC AU QUÉBEC

(En millions de dollars courants.)

Années	Malades hospital. (1)	Indice	Malades des consult. externes (2)	Indice	Assurances maladie (3)	Indice	Indice des prix à la consommation (4)	Population du Québec (1 ^{er} juillet)	Indice (5)
1971-1972	674,5	100,0	56,8	100,0	280,1	100,0	100,0	6.030.085	100,0
1972-1973	706,4	104,7	81,2	143,0	308,8	110,2	103,6	6.057.055	100,4
1973-1974	809,5	120,0	91,0	160,2	428,8	153,1	111,1	6.090.529	101,0
1974-1975	973,8	144,4	99,3	174,8	494,2	176,4	124,6	6.123.642	101,6
1975-1976	1.167,6	173,1	118,7	209,0	569,0	203,1	137,6	6.156.965	102,1
1976-1977	1.328,3	196,9	136,7	240,7	654,1	233,5	147,2	6.190.619	102,7
1977-1978	1.484,2	220,0	152,4	268,3	736,7	263,0	158,8	6.225.055	103,2

Sources :

- (1) Direction générale du financement, service des données financières et opérationnelles, M.A.S.
- (2) Direction générale du financement, service des données financières et opérationnelles, M.A.S.
- (3) Rapport annuel de la R.A.M.Q.
- (4) Consumer Prices and Prices indexes, cat. 62-010, Q.T.R.L.Y., Cansim Data Retrieval.
- (5) Super-Pop, hypothèse faible, migration B.

Globalement peuvent donc être observés :

— *un ralentissement dans la progression des dépenses relatives à la santé*, et le fait est suffisamment exceptionnel pour qu'il soit souligné ;

— *une diminution des dépenses relatives à l'hospitalisation en centres de court séjour* ;

— par contre l'accélération de la progression des dépenses relatives aux services primaires, ce qui traduit la volonté gouvernementale de mettre l'accent sur le développement d'un réseau de services de première ligne qui pourra répondre aux besoins grandissants de la population.

INDICES DES DÉPENSES GOUVERNEMENTALES

(En dollars courants.)

Années	Sécurité du revenu	Santé (MAS et RAMQ)	Santé (MAS)	Total Gouvernement	Services sociaux
1973-1974	100	100	100	100	100
1974-1975	118	120	122	125	123
1975-1976	137	145	149	153	178
1976-1977	166	168	171	178	211
1977-1978	177	177	175	200	240

Source : Les priorités du ministère des Affaires sociales pour l'année 1978-1979, août 1977.

INDICES DE CROISSANCE DES DÉPENSES DU GOUVERNEMENT DU QUÉBEC PAR MISSION

Années	Mission économique	Mission éducative et culturelle	Mission sociale	Mission gouvernementale et administrative	Total des missions
1973-1974	100	100	100	100	100
1974-1975	145,5	136,5	129,4	141,8	136,3
1975-1976	178,4	166,2	157,2	173,7	166,2
1976-1977 (1)	178,3	209,4	182,6	201,4	193,3
1977-1978 (2)	196,5	238,9	199,3	236,9	217,5

(1) Dépenses probables.

(2) Crédits.

Source : Les crédits publics du Québec, de 1973 à 1978.

● L'expérience québécoise.

« Laboratoire social », « nouvelle philosophie de la santé »... tout a été écrit sur l'expérience québécoise. A sa louange ou en sa défaveur.

L'expérience est, c'est un premier point, *très séduisante* : elle attire d'ailleurs beaucoup de responsables étrangers, notamment français et américains venus chercher l'explication d'une médecine gratuite pour les clients et qui ne ruine pas la collectivité.

Elle suscite aussi, et c'est inévitable, *des critiques et des réactions*.

Pour certains, elle aurait surtout permis d'enrichir le corps médical ; pour d'autres, elle ne tendait qu'à récupérer une contestation maintenant institutionnalisée donc canalisée ; l'expérience des C.L.S.C. s'avère de même pour certains un succès, pour d'autres un échec profond.

La réforme gouvernementale souffre en fait des contradictions d'un système dont la cohérence n'est qu'apparente. Alors que dominent les valeurs de la société libérale de profit, la gratuité du tiers payant ne peut guère démocratiser la consommation médicale mais risque de l'accroître au seul profit des médecins et des classes économiques les plus favorisées.

Pour les C.L.S.C., l'ambiguïté est identique. Comme l'expliquait le ministre des Affaires sociales (1) « ils sont en fait la contradiction d'un parti politique, capitaliste et dévoué à la libre entreprise, qui a voulu faire une concession à des praticiens contestataires sans leur donner les moyens de mettre sur pied véritablement un nouveau système de soins ».

Dix ans seulement après la publication du rapport Castonguay et la mise en place d'un nouveau plan de santé, il est trop tôt pour juger réellement de l'expérience. Elle suscite déjà cependant de la part même des responsables des projets de réforme afin que soient mieux remplis les objectifs annoncés. Nous citerons à cet égard l'effort mené présentement pour améliorer et accroître la *décentralisation*, ainsi que le récent rapport sur « *le système des honoraires modulés* » qui remet en cause l'actuel mode de rémunération à l'acte des médecins.

Si l'on s'en tient aux termes de cette remarquable et courageuse étude, ce mode de rémunération encourage la multiplication d'actes de traitement et défavorise les activités non directement liées aux soins comme la prévention, les contacts humains, l'enseignement.

D'autre part, la pratique individualiste qui caractérise la rémunération ne favorise pas le recours à des équipes pluridisciplinaires ni l'intégration des activités dans un système cohérent.

Le maintien des compétences, malgré les efforts de la corporation, n'est nullement favorisé, hors du milieu hospitalier. Enfin et surtout le paiement de l'acte, en mettant l'accent sur la *quantité*, pousse les professionnels à ne pas respecter suffisamment les normes de *qualité*.

Il en résulte un accroissement artificiel du nombre des actes et du coût des services.

(1) Le généraliste - 19 novembre 1977 - La médecine au Québec.

Globalement le système de rémunération à l'acte s'intègre mal dans l'ensemble du système de soins et l'empêche de remplir les objectifs qui lui ont été impartis. Seul un changement radical du mode de rémunération et de l'organisation dans lequel il s'inscrit permettra de corriger les faiblesses du système actuel. Le changement proposé, c'est-à-dire le système d'« honoraires modulés » devra couvrir tous les éléments de l'activité professionnelle et favoriser la prise en considération des besoins des populations. Il devra aussi encourager les professionnels à participer à l'organisation et au fonctionnement du système de soins. Un encadrement de l'activité professionnelle par les pairs des unités géographiques de petite taille et une responsabilité globale du groupe de pairs quant à la réalisation des objectifs du système de soins devraient permettre d'assurer la qualité des services rendus.

C'est une véritable révolution qui est ainsi proposée à l'ensemble des responsables et personnes concernées, et qui vont devoir se prononcer bientôt sur son opportunité.



Ces remises en question permanentes traduisent tout d'abord le souci de procéder sans cesse et à tous les niveaux à l'évaluation du degré d'atteinte des objectifs préalablement fixés, elles traduisent plus largement la volonté profonde et partagée de bâtir un système de santé au service des besoins réels du public et non des intérêts des professionnels. Avec tout ce que cela implique de méfiance à l'égard d'une médecine coupée du réel.

L'expérience québécoise est riche de vie et de possibilités. Profondément ancrée dans un territoire et une population dont les valeurs dominantes sont américaines, elle est sans doute peu exportable. Mais aucun de ses enseignements ne saurait être ignoré.

EN GUISE DE CONCLUSION

Après cette description de l'essentiel des actions menées en matière sanitaire et sociale, au niveau fédéral et à l'échelle des provinces, il importe d'insister sur *la difficulté d'établir des comparaisons entre nos deux pays.*

Peut-on valablement comparer les prestations en nature et en espèce de notre régime général d'assurance maladie — qui ne concerne qu'une partie des salariés — avec celles des programmes d'assurance hospitalisation et médicale qui couvrent 99 % de la population et alors même que les conditions d'« admissibilité » (ou d'affiliation), de gestion, de financement, diffèrent profondément ?

Au Canada, seuls quelques programmes (allocation-chômage, régime des pensions du Canada, indemnisation des accidents du travail) sont financés par des cotisations patronales et salariales liées au salaire.

L'essentiel des politiques sociales, qu'elles concernent les soins médicaux, la sécurité du revenu ou les services du bien-être, sont prises en charge directement par la collectivité et financées à partir des budgets fédéraux et provinciaux. Il s'ensuit que la plupart des programmes sont administrés directement par les ministères provinciaux, à moins qu'il ne s'agisse évidemment de programmes fédéraux, comme l'assurance chômage.

Il paraît de même exclu de comparer nos organisations hospitalières respectives, bien qu'il y ait beaucoup à retenir de l'absence de coupure entre médecine hospitalière et ambulatoire et des efforts en matière d'évaluation des soins.

L'enchevêtrement complexe des compétences, lié aux possibilités respectives du fédéral et des provinces de lever des impôts, apporte en outre des éléments délicats de différenciation entre nos deux pays.

Trop de données historiques, sociologiques, idéologiques, juridiques et politiques sont donc fondamentalement distinctes pour qu'une véritable analyse comparée soit possible.

Même si le degré de développement économique et le niveau de vie nous rapprochent, on ne peut, en effet, utilement mettre face à face un pays à forte densité de population, comme le nôtre, à conception d'Etat centralisé et dont l'organisation de la sécurité sociale repose sur une forte tradition mutualiste, avec une nation fédérale largement décentralisée et dont les parties composantes — les

provinces — ne cessent de gagner en autonomie, à population peu nombreuse et dispersée, encore imbibée des valeurs de pragmatisme et du libéralisme économique et social, et convaincue de la nécessité de maintenir un large secteur privé.

Curieusement d'ailleurs, une conception « socialisée » de l'organisation sanitaire et sociale y coïncide avec une importance très grande de la gestion privée et du bénévolat.

Néanmoins, malgré des données et des traditions distinctes, malgré des fondements idéologiques plus inspirés de lord Beveridge ou des pratiques américaines que des idées directrices de notre sécurité sociale, on ne peut manquer d'être frappé des similitudes qui rapprochent tout de même l'évolution de ces deux systèmes de protection.

La plus évidente est d'abord celle des *objectifs* :

— assurer un niveau minimum de protection des citoyens contre toute une série de risques sociaux, en cas de maladie, invalidité, perte d'emploi, vicillesse, etc. ;

— fournir les services indispensables aux individus pour qu'ils puissent s'intégrer dans la société ;

— tenter une redistribution des revenus qui réduirait les inégalités et éliminerait la pauvreté.

Pour ce faire, ce sont, globalement, les mêmes types de programmes ou d'actions qui sont engagés avec un même souci d'équité d'accès à l'ensemble de la population.

La seconde similitude, tout aussi frappante, et qui n'est pas la moins importante, paraît être l'inquiétude que suscite le volume des sommes consacrées à la politique sociale, qu'il s'agisse de santé ou de sécurité du revenu, tant au niveau fédéral qu'à celui des provinces et la difficulté d'en contrôler la croissance.

Si l'on considère le budget fédéral, c'est 52 % des crédits qui sont consacrés aux dépenses qualifiées de sociales, le ministère de la Santé et du Bien-être redistribuant à lui seul 34 % du budget total, sorti 17 milliards de dollars.

Dans la conjoncture, actuellement de faible croissance économique, il en résulte inévitablement des réflexions et interrogations sur les possibilités de maintenir et de développer les programmes sociaux mis en place. En ce qui concerne leur efficacité et leurs limites, les conceptions mêmes qui fondaient ces actions sociales s'en trouvent ou peuvent s'en trouver remises en cause.

Le Canada avec ses provinces, en raison essentiellement de sa jeunesse, se trouve, plus que toute autre nation, prêt, alors même qu'il en a sans doute moins besoin que d'autres, à ces remises en cause.

Intéressant et symptomatique est, à cet égard, le mandat confié récemment à M. Hall (ancien président de la Commission royale d'enquête sur les services de santé de 1964, qui avait proposé l'adoption d'une « Charte de santé de Canadiens ») de s'assurer de la réalisation des objectifs de cette charte et d'étudier la nature et l'ampleur des révisions à opérer aux programmes en cours.

Procédant très librement par consultations, auditions, enquêtes, cette personnalité indépendante n'a pas dans son rapport publié en août 1980, [« Le programme de santé national et provincial du Canada pour les années 1980 »] ménagé les critiques ni évité les remises en question.

Globalement d'ailleurs, tout débat s'avère, au Canada, largement public et ouvert, ne serait-ce qu'en raison d'une information extrêmement développée, et d'une tradition tout anglo-saxonne de décentralisation et de participation des usagers ; il implique davantage citoyens et responsables de tous niveaux qui trouvent un vaste éventail des structures susceptibles de favoriser une libre expression.

Le coût croissant des politiques sociales, alors même que leur efficacité ne paraît pas progresser, oblige à une modification profonde des objectifs et des stratégies qui doit, dans un Etat fédéral et décentralisé comme le Canada, s'intégrer dans le délicat processus de répartition des compétences.

ANNEXE

LES PROGRAMMES DE SOINS MÉDICAUX POUR LES ASSISTÉS SOCIAUX

Avant l'institution des régimes provinciaux d'assurance hospitalisation et d'assurance maladie, chaque province avait mis sur pied son propre programme afin que les assistés sociaux bénéficient de certains soins médicaux et d'autres avantages connexes. On estime actuellement que le nombre total de personnes admissibles à des prestations en vertu de ces programmes représente de 5 à 7 % de la population canadienne.

En 1966, en vertu du régime d'assistance publique du Canada, le Gouvernement fédéral a pris en charge la moitié des coûts supportés par ces régimes provinciaux d'assistance pour les soins dispensés aux nécessiteux lorsque ces soins ne sont pas couverts par les régimes d'assurance hospitalisation et d'assurance maladie, ou lorsque la prestation est offerte à tous les résidents. Mais, depuis le 1^{er} avril 1977, les services du programme de services complémentaires de santé ne font plus l'objet d'un partage des frais en vertu du régime d'assistance publique du Canada puisque le Gouvernement fédéral subventionne ces services en vertu d'autres arrangements.

La protection offerte à l'heure actuelle pour les principaux services est la suivante :

1. SOINS MÉDICAUX

Avec l'entrée en vigueur des régimes provinciaux de soins médicaux, les assistés sociaux ont été assurés d'office. Les provinces qui exigent des cotisations versent celle des résidents à revenu limité (qu'elles paient entièrement ou en partie). En vertu des régimes provinciaux, les assistés sociaux ont droit aux mêmes services que l'ensemble de la population, leurs avantages pouvant même inclure des indemnisations pour frais de déplacement et de communications téléphoniques (conseils dispensés par téléphone), frais qui, généralement, ne sont pas couverts et qui, dans ce cas, sont d'ordinaire partagés en vertu du régime d'assistance publique du Canada.

2. SOINS HOSPITALIERS

Les régimes d'assurance hospitalisation de chaque province assurent automatiquement les assistés sociaux sans qu'ils aient à verser les cotisations ou à acquitter eux-mêmes de frais au moment du service.

3. MÉDICAMENTS VENDUS SUR ORDONNANCE

Quelques provinces assurent, nous l'avons dit, les médicaments prescrits par un médecin, pour la quasi-totalité de la population ou pour certaines catégories de citoyens, tels que les personnes de soixante-cinq ans et plus. En Colombie britannique, en Alberta, en Saskatchewan, au Manitoba, au Nouveau-Brunswick, au Québec et à Terre-Neuve, presque tous les assistés sociaux bénéficient de régimes d'assistance-médicaments. Au Québec, les personnes de soixante-cinq ans et plus qui touchent un supplément de revenu garanti s'ajoutant à la pension de sécurité de la vieillesse ont droit aux mêmes avantages que les autres assistés sociaux. Sont prévus dans le régime d'assistance médicaments presque tous

les médicaments vendus sur ordonnance et quelques médicaments vendus sans ordonnance. Les barèmes des paiements versés aux pharmaciens ou aux médecins qui dispensent ces médicaments sont négociés par les gouvernements provinciaux. Quelques provinces peuvent exiger que certains malades paient une partie du prix de détail.

Les gouvernements de l'Ontario et de la Nouvelle-Ecosse assurent une prestation globale de médicaments à tous les résidents âgés de soixante-cinq ans et plus (et, en Ontario, aux autres membres de la famille) sans qu'ils aient à payer de frais directs. Outre cette prestation, les deux gouvernements subventionnent le coût des médicaments dispensés par les municipalités ayant institué des programmes de bien-être à l'intention des nécessiteux. Des allocations directes supplémentaires sont également offertes par les provinces aux nécessiteux ayant besoin de médicaments. L'Ontario fournit également aux malades des maisons de repos, aux résidents des foyers de soins spéciaux, aux personnes qui reçoivent de l'aide en vertu du programme gouvernemental d'allocations familiales et aux bénéficiaires du supplément de revenu garanti versé par la province, des médicaments vendus sur ordonnance inscrits sur la liste du régime provincial de prestations de médicaments.

La majorité des provinces assurent, par l'entremise de leur ministère de la Santé, le remboursement de certains médicaments jouant un rôle important dans la prévention des infections et dans la guérison de certaines affections — telles les maladies vénériennes, la fièvre rhumatismale et la tuberculose — dont le traitement est long et parfois coûteux.

4. SOINS DENTAIRES

Comme nous l'avons mentionné, certaines provinces ont institué des programmes dentaires fort complets à l'intention de tous les enfants faisant partie de groupes d'âges déterminés, ou de tous les résidents de soixante-cinq ans et plus. Des régimes d'assurance dentaire intéressant certaines catégories d'assistés sociaux sont également en vigueur dans la majorité des provinces. En Colombie britannique, on examine les moyens d'existence des assistés sociaux désireux de bénéficier de ce régime afin de décider ou non de leur admission. (Les enfants des assistés sociaux âgés de moins de treize ans bénéficient, quant à eux, d'un régime distinct.) L'Ontario verse des prestations pour soins dentaires aux personnes qui reçoivent une allocation de maternité et une allocation de père à charge. Ce régime englobe les parents et leurs enfants âgés de moins de dix-huit ans. Des prestations provinciales pour soins dentaires essentiels peuvent également être accordées à d'autres personnes à la discrétion de la municipalité. Tous les assistés sociaux de l'Alberta et de la Saskatchewan et certaines catégories d'assistés sociaux du Manitoba ont droit à des soins dentaires en vertu des régimes de ces provinces.

D'ordinaire, ces régimes de soins dentaires excluent certains services et exigent une autorisation préalable à l'exécution de certains autres services. Les paiements versés aux dentistes sont établis en fonction de tarifs négociés pour chacun de ces régimes. En Alberta et en Saskatchewan, le patient doit, en outre, acquitter le ticket modérateur qui s'élève à environ 50 % du coût des dentiers.

Comme nous l'avons noté auparavant, les régimes provinciaux d'assurance médicale couvrent les frais de certaines interventions de chirurgie dentaire effectuées en milieu hospitalier par des praticiens et des dentistes.

5. SOINS OPHTALMOLOGIQUES

Les régimes d'assurance maladie mis sur pied pour les assistés sociaux des quatre provinces de l'Ouest assurent le paiement de certains soins ophtalmologiques et l'achat de verres.

Avec la mise en œuvre à l'échelle nationale de régimes d'assurance maladie, la correction des troubles de réfraction, généralement, donne lieu au versement de prestations dans le cas où elle est pratiquée par un médecin et, en vertu de certains régimes, également dans le cas où elle est pratiquée par un optométriste.

L'achat de montures, de lentilles et les frais d'ajustement figurent toujours sur la liste des services assurés dans les provinces de l'Ouest. Certaines restrictions générales s'appliquent toutefois aux remboursements accordés pour l'achat de montures afin d'éviter les abus (montures luxueuses).

6. AUTRES AVANTAGES

Certaines provinces prévoient d'autres prestations relatives aux soins infirmiers à domicile, aux appareils, à la physiothérapie, la podiatrie, la chiropraxie et au transport en cas d'urgence, au cas où ces services ne sont pas assurés à tous les résidents en vertu de programmes spéciaux. A noter que le versement de ces prestations est habituellement laissé à la discrétion des autorités provinciales. En vertu du régime d'assistance publique du Canada, le coût de certains de ces services peut être partagé.